
QUELQUES RÉFLEXIONS
SUR L'ÉTIOLOGIE
LE TRAITEMENT DE LA DÉMENCE SÉNILE
et les
MODES D'ASSISTANCE DE DÉMENTS SÉNILES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Jeudi 29 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DOCTOBRE (ERNEST)

Licencié ès-sciences
Interne à l'Asile de Maréville

NÉ LE 14 DÉCEMBRE 1877, A BERLAIMONT (NORD)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	PARISOT, Professeur . . .	Président.
		ROHMER, Professeur. . .	Juges.
		ROBERT, Agrégé . . .	
		PARIS, Agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1911





Digitized by the Internet Archive
in 2026

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ÉTIOLOGIE LE TRAITEMENT DE LA DÉMENCE SÉNILE et les MODES D'ASSISTANCE DE DÉMENTS SÉNILES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Jeudi 29 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DOCTOBRE (ERNEST)

Licencié ès-sciences
Interne à l'Asile de Maréville

NÉ LE 14 DÉCEMBRE 1877, A BERLAIMONT (NORD)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	PARISOT, Professeur . . .	{Président.
	ROHMER, Professeur. . .	
	ROBERT, Agrégé	{Juges.
	PARIS, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1911



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O *, I O.

Assesseur : M. WEISS, *, I O.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I O ; NICOLAS, I O ; PRENANT, *, I O, BERNHEIM, O *, I O.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O *, I O.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, *, I O.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I O.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, *, I O.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O.
Clinique médicale.....	M. SCHMITT, I O.
Physiologie.....	M. MEYER, I O.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I O.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I O.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I O.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I O.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I O.
Histologie.....	M. BOUIN, I O.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, A O.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I O.

Professeurs adjoints

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I O.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I O.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I O, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A O, agrégé libre.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I O, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FROELICH, I O id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1) ..	M. JACQUES, I O id.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I O id.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, I O.
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, A O, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. ZILGIEN, I O, ag. lib., ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, I O.	MM. COLLIN, A O.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I O.	DUFOUR, A O.	LUCIEN, A O.
RICHON, A O.	SENCERT, A O.	BINET.
G. GROS, A O.	ROBERT, A O.	PERRIN.
FRUHINSBOLZ, A O.		

Agrégés libres

MM. REMY, A O, FÉVIER, O *, I O, ETIENNE, I O, ZILGIEN, I O, FROELICH, I O, SCHUHL, I O, JACQUES, I O, ANDRÉ, I O, MICHEL, A O, L. SPILLMANN, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, O, I O, Secrétaire.

1) Fondation de l'Université

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. PARISOT

Professeur de Médecine Légale à la Faculté de Médecine

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. PARIS

*Chargé de Cours à la Faculté
Lauréat de l'Académie*

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Les personnes qui liront notre modeste travail trouveront peut-être que beaucoup des considérations développées dans cet essai sont déjà connues ?

Nous ne le contestons pas ; mais les remarques que nous avons pu faire pendant notre séjour à l'Asile de Maréville, les enseignements que nous y avons trouvés, prouvent que l'attention n'a pas été suffisamment appelée sur tous les avantages qu'une thérapeutique préventive ou palliative, rationnellement instituée, pourrait apporter surtout à la famille du sujet menacé ou atteint de Démence sénile.

Nous y trouvons la preuve que les médecins praticiens ne connaissent pas suffisamment les conditions de développement et les causes d'accélération d'évolution de la Démence sénile. Ils ne peuvent donc pas apporter ou faire donner les soins qui permettraient d'éviter ou de retarder le placement du dément sénile dans un asile d'aliénés, placement trop souvent préjudiciable au vieillard lui-même, à la famille et à la descendance.

Nous avons pensé, en faisant ce travail, présenter un complément utile à l'instruction du médecin praticien, même si nous ne faisons que rappeler l'attention sur des connaissances partiellement oubliées ou négligées.

Mais, avant d'entreprendre cette étude, et, fidèle à la tradition, il nous reste un devoir à remplir. Nous ne voudrions pas quitter Nancy sans adresser à tous ceux qui furent nos maîtres, nos camarades, nos amis, l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous tenons tout d'abord à remercier particulièrement M. le docteur A. PARIS, médecin en chef du service des admissions à l'Asile de Maréville, qui a bien voulu nous inspirer notre thèse. Depuis quatre ans que nous sommes son interne, il a toujours montré à notre égard la plus grande bienveillance et la plus aimable sympathie; qu'il reçoive l'assurance de notre plus respectueux attachement.

De la Faculté des Sciences de Nancy, où nous avons passé deux ans d'études, nous conserverons un excellent souvenir; les professeurs et chefs de travaux y furent plutôt pour nous des compagnons de travail et des camarades que des supérieurs. Nous n'oublierons jamais les bonnes heures que nous avons passées en leur compagnie.

Nous serons toujours reconnaissants à MM. les professeurs BOUIN et ANCEL, à M. le professeur agrégé LAMBERT, de la sympathie qu'ils ont toujours manifestée à notre égard et particulièrement pendant nos deux premières années de médecine. Leur enseignement nous a été très profitable pendant le cours de nos études. Nous n'oublierons jamais leurs bontés.

M. le professeur PARISOT nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous l'en remercions bien vivement.

M. le professeur ROHMER, M. le professeur agrégé ROBERT, ont également accepté de faire partie de notre jury. Ils se sont montrés si bienveillants à notre égard à

différentes reprises que nous en conserverons un souvenir ineffaçable.

Nous n'oublierons pas non plus les savantes cliniques et conférences de MM. les professeurs GROSS, WEISS, BERNHEIM, HAUSHALTER, HERRGOTT, HOCHÉ; de MM. les professeurs agrégés FRUHINSHOLTZ, RICHON, MICHEL, SENCERT. Nous les prions d'accepter ici nos plus sincères remerciements.

A nos camarades d'études, à nos amis de Nancy, à nos collègues de Maréville, avec lesquels nous avons passé de si bons moments, nous renouvelons l'assurance d'une affection sincère et d'une vive amitié.

DIVISION DE CE TRAVAIL

Nous avons divisé ce travail en quatre chapitres :

Le premier chapitre aura pour objet l'historique succinct de la Démence sénile, avec l'exposé de la théorie actuellement admise par les aliénistes.

Dans le deuxième chapitre, nous établirons, à l'aide d'une statistique comprenant les vieillards déments envoyés à l'Asile de Maréville depuis dix ans, la moyenne d'âge de cette maladie chez l'homme et chez la femme, le nombre respectif des malades de chaque sexe, l'étiologie de la Démence sénile, etc...

Dans un troisième chapitre, nous rappellerons la classification des déments séniles, généralement admise par les auteurs modernes. Les malades rentrant dans différentes catégories étant susceptibles d'une thérapeutique ou d'un traitement spécial à chacune d'elles.

Ces indications thérapeutiques feront enfin le sujet de notre quatrième et dernier chapitre, et nous tirerons les conclusions se dégageant logiquement de cette étude.

Nous tenons à faire bien remarquer que ce travail n'est pas fait dans le but d'élucider une question de pathologie mentale pure, mais seulement *de venir en aide au médecin*

non spécialiste dans la pratique courante banale de la médecine mentale, de lui apporter ou de lui rappeler quelques connaissances qui lui permettront de mieux sauvegarder à la fois l'intérêt du malade, de la famille et de la société.

CHAPITRE PREMIER.

Définition et Historique

Au sens étymologique, le mot Démence se compose du préfixe privatif *de*, et de *mens*, *mentia* (esprit).

Avant ESQUIROL (1814) les auteurs confondaient sous le nom de déments, non seulement les affaiblis intellectuels de toute sorte, mais encore les idiots et les imbéciles, chez lesquels cette absence ou cette diminution des facultés est congénitale ou remonte à la première enfance.

A ce maître revient le mérite d'avoir isolé ces groupes de malades si différents. Le sénile dément, dit-il, « est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre, à la différence de l'idiot, qui a toujours été dans l'infortune et la misère et n'a pas été privé d'un bien qu'il n'avait jamais possédé ».

En phrases concises, il sut mettre en relief les principaux caractères qui distinguent cette affection.

« La démence sénile, dit-il encore, est ordinairement sans fièvre et chronique et se caractérise par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. »

Le premier, il a su tracer un magnifique tableau clini-

que de cette maladie, mais, à cette époque, l'anatomie pathologique était rudimentaire. « Si on me demande quel est le siège de la démence, disait-il, je répondrai qu'il m'est aussi inconnu que celui du délire en général. »

En ce qui concerne le traitement de la Démence sénile, il préconisait « l'air de la campagne, l'exercice modéré et un régime tonique » comme étant susceptibles d'enrayer la marche de cette maladie et d'en suspendre en quelque sorte la terminaison.

Les aliénistes, ses successeurs, empruntèrent les idées d'ESQUIROL.

Pour GEORGET (1837), la Démence sénile est le résultat de l'usure de l'organe qui produit les facultés intellectuelles, par suite de l'âge. Elle est caractérisée par le défaut de tout principe de raisonnement, l'oubli du passé, l'indifférence sur le présent et l'avenir. Elle peut atteindre, de bonne heure, les personnes dont la constitution est détériorée ou délabrée. L'intelligence s'affaiblit peu à peu, la mémoire disparaît, l'imagination est nulle, le principe du jugement perd de son énergie et enfin le vieillard tombe, comme on dit, en enfance.

Lui aussi insiste sur les avantages du traitement moral des aliénés. Il recommande de ne pas contrarier les déments et de chercher à réveiller un peu leurs facultés.

PARCHAPPE (1841) étudie plus spécialement les transformations que subit le cerveau dans la sénilité et la démence. Il trouve que le cerveau s'atrophie et diminue de poids, les circonvolutions pouvant arriver à former de simples sillons superficiels, surtout dans les deux tiers antérieurs du cerveau, et la substance corticale étant atteinte de préférence.

MOREL (1860) considère la Démence sénile comme un état terminatif. Pour lui, exception faite de quelques individualités qui conservent jusqu'à la fin de leur vie l'énergie et la plénitude de leurs aptitudes intellectuelles, la Démence est le lot inévitable de l'humanité, par suite de la diminution progressive de vitalité du cerveau.

MARCÉ (1863) insiste sur l'aspect du cerveau chez le dément sénile. Il remarque aussi que les circonvolutions s'atrophient. Il étudie les altérations microscopiques de la cellule nerveuse, la trouve incrustée de granulations graisseuses, ainsi que la paroi interne des vaisseaux; ceux-ci, en s'oblitérant, provoquent la destruction cellulaire.

On peut remarquer que tous ces auteurs considèrent la Démence sénile comme l'aboutissant normal de la vie cérébrale. Ils ont le tort de la confondre avec la sénilité pure.

En 1875, BALL, dans ses Leçons cliniques, a mis les choses au point. Par une gradation savante, il montre certains vieillards, particulièrement favorisés, atteignant un âge très avancé tout en conservant une parfaite lucidité d'esprit; d'autres, touchés par la sénilité, à partir de 50 ans, très irritables, incapables de se livrer à un travail intellectuel quelconque et présentant de la perte du sommeil et une fatigue cérébrale rapide. Il attribue cette déchéance précoce à la misère, à l'alcoolisme et à une hygiène défectueuse; d'autres enfin qui, rarement avant 60 ans, présentent une excitation morbide ou un affaissement insidieux avec méfiance extrême, agitation nocturne, perte rapide et progressive de la mémoire, de

l'imagination et enfin du jugement. Ce sont les déments séniles.

Il montre bien l'incurabilité de la démence et préconise « une bonne hygiène, une alimentation soignée, un repos nécessaire et une activité réglée », comme susceptibles d'en retarder les progrès.

Il faut arriver aux auteurs modernes pour trouver des idées nouvelles sur la question. Nous allons les indiquer rapidement :

En ce qui concerne l'anatomie pathologique :

KLIPPEL (1889) a montré que la démence résulte de la rupture par atrophie des dendrites qui unissent les cellules nerveuses entre elles dans l'écorce cérébrale. Cette atrophie étant elle-même la conséquence de l'altération des éléments vasculo-conjonctifs donnant naissance aux lésions organiques.

BRISAUD (1898) confirme les idées de Klippel et y trouve l'explication de l'affaiblissement de la mémoire : « Les lésions séniles, dit-il, en privant les neurones de leur pouvoir d'expansion et en réduisant l'étendue de leurs prolongements, rendent impossible la transmission des ondes nerveuses d'un axone à une dendrite. L'intervalle à franchir est trop grand, l'habitude des contacts se perd et la mémoire s'émousse, car la mémoire consiste dans la permanence des contacts. »

De même, CLOUSTON (1904) donne l'explication histologique de la Démence sénile : « A l'occasion de l'évolution sénile, les centres nerveux et psychiques présidant à l'adaptation individuelle et fonctionnelle par prolifération des neurones peuvent déceler leur insuffisance par

suite des conditions héréditaires de moindre résistance ou de déchéance actuelle par surmenage ou autre cause éventuelle. Comme les ramifications émanées des neurones, selon FLECHSIG, sont le substratum du raisonnement développé chez l'enfant, l'atrophie de ces rameaux, chez le vieillard, entraîne la démence. L'exacte nature de ces altérations histologiques est le problème de demain. »

LÉRI (1906), au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française tenu à Lille, a fait une étude complète du cerveau sénile. Il classe et décrit les lésions qui caractérisent ce dernier : atrophie du cerveau et du cervelet; épaissement des méninges; dilatation des ventricules; prolifération des cellules et des fibrilles névrogliales du cerveau et du cervelet; sclérose miliaire de l'écorce cérébrale; artério-sclérose des vaisseaux; lésions en foyer d'origine vasculaire; hémorragies miliaires; petits foyers de ramollissement; foyers d'état vermoulu; gros foyers de ramollissement et d'hémorragies cérébrales; lésions diffuses; scléroses diffuses; atrophie des cellules et des fibres nerveuses paraissant dues à l'action des causes toxiques qui produisent les altérations vasculaires, etc... Il considère l'atrophie cellulaire comme « l'aboutissant de toutes les intoxications de l'existence et des états pathologiques plutôt que de l'involution physiologique de cellules non susceptibles de production ».

D'après lui, « la Démence sénile serait le terme plus prononcé que normalement du processus anatomique, d'origine toxique de désintégration et d'atrophie des cellules et des fibres nerveuses ».

Antérieurement déjà, certains auteurs, DEMANGE entre

autres, avaient considéré l'artério-sclérose comme la cause initiale de toutes les dégénérescences séniles, appliquant ainsi le mot de CAZALIS : « On a l'âge de ses artères ».

Actuellement, MAGNAN et son école et notre maître M. PARIS, chargé du Cours de Médecine mentale à la Faculté de Nancy, enseignent que la Démence sénile, pour se développer, nécessite un facteur pathologique spécial d'essence dégénérative. C'est aussi l'opinion de WEYGANDT de Wurzburg : « On trouve une tare héréditaire au moins dans la moitié des cas de Démence sénile », dit-il dans son *Traité de Médecine mentale*.

Dans ses *Leçons de Psychiatrie* (1909), M. PARIS est particulièrement affirmatif à ce sujet : « La Démence sénile, dit-il, est bien une aliénation mentale, elle diffère sensiblement de l'affaiblissement des facultés supérieures du vieillard normal, même centenaire; elle est, à mon avis, la dernière expression symptomatique de la dégénérescence héréditaire. Ce serait commettre une erreur que certaines circonstances pourraient rendre assez grave, que de confondre la Démence sénile avec l'affaiblissement intellectuel simple qui n'est que la conséquence de la sénilité progressive d'un système nerveux qui a fonctionné normalement jusqu'à l'extrême vieillesse; on ne doit même pas considérer la sénilité intellectuelle simple comme le premier stade de la Démence sénile. Le vieillard dont l'intelligence a été absolument normale jusqu'au déclin de la vie, jusqu'à la sénilité physique venant en son temps, n'arrive jamais à la ruine complète des facultés que vous constaterez finalement chez le dément sénile à un âge relativement peu avancé. Alors que chez le vieil-

lard normal quelques facultés restent relativement vivaces, chez le dément sénile, l'effondrement général (intelligence, sentiments, volonté) est assez rapidement et précocement complet. Le premier, alors que mentalement affaibli depuis de longues années, conserve quelques sentiments affectifs, il est capable de raisonner un peu, de jouer, de calculer; il ne retient plus ce qu'il voit ou ce qu'il entend, mais il lui reste le souvenir des faits anciens et il peut vivre dans le passé lointain, de l'enfance même et dans le présent, s'il est condamné à l'oubli du passé récent; mais le dément sénile arrive en quelques semaines, quelques mois, un ou deux ans, à la nullité intellectuelle et morale absolue.

« Vous verrez, d'un côté, des intelligences remarquables encore à un âge extrêmement avancé (Arago, Thiers, Chevreul) ou dont la débilité est en rapport normal avec une sénilité physique normale, — d'un autre côté des décrépitudes intellectuelles et morales absolues à un âge où, pour la grande majorité, commence seulement la sénilité physique.

« Au-dessus de la sénilité des artères, de la sénilité du cerveau, résultant elles-mêmes de la dégénérescence ou de l'atrophie de leurs principaux éléments, favorisées par de mauvaises conditions d'hygiène, par une insuffisance habituelle d'activité cérébrale, par les chagrins, par la misère et par tout ce qui peut altérer l'appareil circulatoire (causes de l'artério-sclérose) ou provoquer des poussées de méningo-encéphalite scléreuse (transmatismes moraux violents); au-dessus de toutes ces causes, le médecin qui se donne la peine de faire un inventaire complet des antécédents du dément sénile (antécédents ancestraux,

individuels, manière d'être habituelle, particularités de son existence) est toujours conduit à cette conclusion : *Il y a chez ce dément une tare originelle spéciale, il n'a jamais été absolument normal, il a toujours eu une organisation spéciale qui permettait de le rattacher à la trop grande classe des dégénérés héréditaires*, il a une prédisposition en raison de laquelle son système nerveux est arrivé plus rapidement à usure complète que celui de l'homme normal. Du reste, les troubles délirants ou hallucinatoires ou l'excitation par accès et même l'impulsivité qui apparaissent à côté de l'affaiblissement de l'intelligence, des sentiments et de la volonté témoignent d'une influence dégénérative étiologique ».

Dans notre chapitre suivant, nous avons essayé, à l'aide de statistiques, d'apporter quelques arguments en faveur de ces idées.

CHAPITRE II.

§ I. — Statistique numérique

Nous avons pu, à l'aide des observations d'entrée à l'Asile de Maréville, établir, par années, le nombre des déments séniles (hommes et femmes) qui ont été placés en traitement dans cet établissement d'assistance.

Nous nous sommes contentés d'une période de 10 ans que nous avons trouvée suffisante, les chiffres variant d'ailleurs très peu d'une année à l'autre.

Nous avons également, par années et par sexes, calculé l'âge moyen de ces mêmes malades.

Avec ces données, nous avons dressé le tableau suivant. (Voir page 15).

En examinant attentivement ce tableau, nous pouvons en tirer les déductions suivantes :

1° *La Démence sénile est plus rare chez l'homme que chez la femme* : Nous trouvons, en effet, pendant cette période de dix années, 85 entrées d'hommes pour 120 entrées de femmes ; donc une différence de 35 entrées au bénéfice de ces dernières.

On pourrait peut-être expliquer cette différence, par ce fait que l'homme, prédisposé par hérédité, est beaucoup

ANNÉES	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	Moyenne d'âge (1)	Nombre	Moyenne d'âge (1)
1900	9	73,3	12	70,5
1901	10	70,2	9	71,2
1902	7	68,3	10	68,8
1903	8	68,	11	73,6
1904	10	70,2	15	71,3
1905	7	72 3	11	75,2
1906	10	69,4	12	72,5
1907	8	69,2	9	73,5
1908	9	70,1	16	71,4
1909	7	68,8	15	71,7
	85	69,98	120	71,97

plus exposé que la femme à l'action de toutes les grandes causes déterminantes d'aliénation mentale. Ces causes déterminantes, que nous étudierons plus en détail dans un chapitre ultérieur et qui sont d'ordre physique et moral, ayant pour effet de le faire verser beaucoup plus tôt dans l'aliénation mentale.

Cette différence montre déjà que l'on peut attendre de sérieux résultats d'un traitement préventif ou palliatif rationnellement institué, tel que nous le préconisons dans un autre chapitre.

(1) La moyenne réelle doit être un peu inférieure, car ce tableau donne pas la moyenne au début.

2° *La Démence sénile est plus précoce chez l'homme que chez la femme* : En nous reportant à notre tableau statistique, nous constatons en effet que, sauf pour l'année 1900, la moyenne d'âge de nos déments séniles est constamment plus élevée chez la femme que chez l'homme, la différence constatée s'élevant même pour certaines années à quatre et même cinq ans.

De plus, en établissant une moyenne générale, nous avons obtenu 69 ans 98 pour l'homme et 71 ans 97 pour la femme, c'est-à-dire que pendant une période de dix ans, que nous considérons comme suffisante pour pouvoir généraliser, la Démence sénile s'est déclarée quelques années plus tard chez la femme que chez l'homme.

Si on considère que la femme a une existence généralement plus régulière, moins mouvementée que celle de l'homme, plus exposé à des intoxications diverses, elle doit évidemment arriver un peu plus tardivement à la déchéance intellectuelle complète, à la démence.

Il est assez naturel de penser que les causes de cette différence d'évolution chez l'homme et chez la femme, peuvent apporter des indications utiles pour l'institution d'une thérapeutique préventive ou tendant à retarder le début de l'aliénation mentale.

§ II. — Statistique étiologique

Nous avons cherché dans les observations qui nous ont servi pour établir la statistique précédente (en nous bornant toutefois aux plus récentes, de 1905 à 1910), celles qui présentaient des renseignements fournis par la famille ou l'entourage des vieillards au moment de l'admission à l'Asile.

Malheureusement, en raison du grand âge de la plupart des malades, ces renseignements sont très incomplets, la famille ignorant généralement l'âge et la cause du décès des ascendants et les particularités de l'existence de ces vieux, tous renseignements qui auraient pu nous intéresser. D'autre part, les malades eux-mêmes sont, pour la plupart, trop troublés ou trop débilités pour nous fournir d'utiles renseignements.

Nous nous sommes donc contenté de faire une sélection parmi ces observations. Nous présentons ici le résumé de cinquante d'entre elles, dans lesquelles nous indiquons l'âge des malades et les renseignements sur leurs antécédents héréditaires ou personnels que nous avons pu recueillir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — A... (Félix), 56 ans.

Antécédents héréditaires : Un frère aliéné.

Antécédents personnels : Se trouvait sans travail depuis longtemps (misère) : peut-être précisément en raison de sa mentalité. Ancien alcoolique.

OBSERVATION II. — M... (Jules), 57 ans.

Antécédents héréditaires : Mère très nerveuse. Sœur morte de fièvre cérébrale.

Antécédents personnels : A beaucoup souffert comme soldat en 1870. Contrariétés dans son service professionnel.

OBSERVATION III. — H... (François), 57 ans.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique.

Antécédents personnels : A beaucoup souffert comme soldat en 1870. Misère physiologique. Alcoolisme.

OBSERVATION IV. — D... Marie), femme R..., 58 ans.

Antécédents héréditaires : Oncle et tante maternels morts aliénés à Maréville.

Antécédents personnels : Chagrin violent (mari disparu).
Otite suppurée avec violentes douleurs (début de la maladie mentale). Très débilitée.

OBSERVATION V. — M... (Marie), veuve R..., 60 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu, mais l'âge de début accuse une prédisposition.

Antécédents personnels : Très affectée par le départ de son fils au régiment (combien d'autres éprouvent des chagrins plus cruels et ne versent pas dans la démence à 60 ans ; donc, prédisposition à peu près certaine).

OBSERVATION VI. — F... (Joseph), 60 ans.

Antécédents héréditaires : Mère morte de congestion cérébrale.

Antécédents personnels : Coup de pied de cheval sur la tête. Querelles constantes avec sa femme, qui l'enfermait dans sa chambre (caractère relevant probablement d'un état constitutionnel anormal).

OBSERVATION VII. — S... (François), 61 ans.

Antécédents héréditaires : Signes physiques grossiers de dégénérescence et suffisants pour accuser de l'hérédité.

Antécédents personnels : Excès anciens.
Cardiaque. Très débilité.

OBSERVATION VIII. — L... (Henriette), veuve D..., 61 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu (âge de début accuse prédisposition).

Antécédents personnels : Grands chagrins par suite de la mort de deux enfants, ayant déterminé les troubles mentaux.

OBSERVATION IX. — T... (Jean-Baptiste), 62 ans.

Antécédents héréditaires : Père ivrogne. Mère aliénée.

Antécédents personnels : Excès de toutes sortes. Isolement dans un taudis. Se nourrissait à peine (misère physiologique).

OBSERVATION X. — B... (Marie), femme D..., 63 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu (âge de début semble attester une prédisposition).

Antécédents personnels : Très malheureuse avec son mari. Ne prenait aucun soin d'elle-même. S'alimentait mal. Mal-propre depuis longtemps.

Fracture récente du fémur au moment du placement à Maréville.

OBSERVATION XI. — P... (Marie), femme B..., 63 ans.

Antécédents héréditaires : Sœur aliénée.

Antécédents personnels : Rien de connu.

OBSERVATION XII. — A... (Justine), femme M..., 64 ans.

Antécédents héréditaires : Hérité probable.

Antécédents personnels : Traumatisme moral (mariage de sa fille).

OBSERVATION XIII. — P... (Claire), femme L..., 64 ans.

Antécédents héréditaires : Mère et sœur mélancoliques.

Antécédents personnels : Alcoolisme. Chagrins.

OBSERVATION XIV. — M... (Marie), veuve L..., 66 ans.

Antécédents héréditaires : Un frère simple d'esprit.

Antécédents personnels : Grand chagrin à la mort de son mari, ayant occasionné un accès de neurasthénie et des idées de suicide.

OBSERVATION XV. — A... (Joséphine), femme B..., 66 ans.

Antécédents héréditaires : Tante suicidée dans un accès d'aliénation. Fille de cette tante internée.

Antécédents personnels : Très nerveuse. Irritable. Pneumonie très grave avec délire, point de départ de la démence.

OBSERVATION XVI. — D... (Joseph), 66 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort dément sénile.

Antécédents personnels : Grands excès de toutes sortes.

OBSERVATION XVII. — J... (Nicolas), 66 ans.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Débilité par suite de grands excès. Ruiné après avoir beaucoup vécu. Chagrins.

OBSERVATION XVIII. — C... (Marie-Rose), femme H...,
67 ans.

Antécédents héréditaires : Tante maternelle aliénée. Signes physiques de dégénérescence.

Antécédents personnels : Pas de renseignements.

OBSERVATION XIX. — S... (Marie-Anne), 67 ans.

Antécédents héréditaires : Père a présenté des troubles mentaux. Alcoolique.

Antécédents personnels : Difficultés avec sa sœur qui habitait avec elle.

OBSERVATION XX. — C... (Joséphine), femme C..., 68 ans.

Antécédents héréditaires : Stigmates physiques de dégénérescence permettant de penser à de l'hérédité.

Antécédents personnels : Inconnus.

OBSERVATION XXI. — P... (Françoise), 68 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu.

Antécédents personnels : A beaucoup souffert comme soldat : Campagne d'Algérie. Guerre de 1870 (blessé à Frœschwiller). Excès alcooliques anciens. Début de la démence attribué à des contrariétés.

OBSERVATION XXII — R... (Barbe), veuve A... 68 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu.

Antécédents personnels : Mauvais état général (misère physiologique). Constipation opiniâtre.

OBSERVATION XXIII. — M... (Léopold), 68 ans.

Antécédents héréditaires : Stigmates physiques de dégénérescence très nets.

Antécédents personnels : Pertes d'argent considérables depuis quelques années.

OBSERVATION XXIV. — N... (Jules), 69 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu.

Antécédents personnels : Chagrin violent (mort de sa femme). Misère physiologique.

OBSERVATION XXV. — M... (Emile), 69 ans.

Antécédents héréditaires : Aucun renseignement.

Antécédents personnels : Excès nombreux, Marié trois fois. Alcoolisme. Cardiaque.

OBSERVATION XXVI. — J... (Marguerite), veuve B..., 69 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort Dément sénile.

Antécédents personnels : Chagrin violent (mort de son mari). Mauvais état général.

OBSERVATION XXVII. — A... (François), 70 ans.

Antécédents héréditaires : Mère morte aliénée, alcoolique.

Antécédents personnels : Misère physiologique (depuis 1880 couchait sous les ponts et ramassait sur les tas pour vivre.

XXVIII. — F... (Hubert), 70 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort d'une congestion cérébrale.

Antécédents personnels : Alcoolisme ancien. Contrariétés avec sa femme.

OBSERVATION XXIX.— C..., (Catherine), veuve M..., 70 ans.

Antécédents héréditaires : Une sœur démente, morte à Maréville.

Antécédents personnels : Mauvais état général.

Pneumonie ayant déterminé les troubles mentaux.

OBSERVATION XXX.— N... (Marie-Christine), f^{me} L..., 71 ans.

Antécédents héréditaires : Frère simple d'esprit.

Antécédents personnels : Dégénérée. Se battait avec son mari. Misère physiologique.

OBSERVATION XXXI. — A... (Barbe), femme B..., 71 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu.

Antécédents personnels : Vie très malheureuse, Brutalisée par son mari. Privations.

OBSERVATION XXXII. — B... (Joseph), 72 ans.

Antécédents héréditaires : Frère mort à Maréville.

Antécédents personnels : Malade très débilité physique-ment. (Misère physiologique.)

OBSERVATION XXXIII. — F... (Barbe), veuve N ..., 72 ans.

Antécédents héréditaires : Pas de renseignements.

Antécédents personnels : Caractère très vif. Début des troubles mentaux à la suite de grand chagrin (mort de sa fille).

OBSERVATION XXXIV. — G... (Marie), veuve C..., 73 ans.

Antécédents héréditaires : Cousin germain mort dément.
Autre cousin aliéné.

Antécédents personnels : Rien de signalé.

OBSERVATION XXXV. — P... (Charles-Antoine), 73 ans.

Antécédents héréditaires : Signes physiques de dégénérescence très nets.

Antécédents personnels : Grand chagrin (abandonné par son fils).

OBSERVATION XXXVI. — P... (Marie), veuve G..., 73 ans.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Chagrins (Brouille avec son frère).

OBSERVATION XXXVII. — C... (Louis), 74 ans.

Antécédents héréditaires : Mère avait présenté des troubles mentaux. Cousins faibles d'esprit.

Antécédents personnels : Inconnus.

OBSERVATION XXXVIII. — M... (Rose), 74 ans.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Une grosse perte d'argent (fuite de son notaire) a déterminé les troubles mentaux.

OBSERVATION XXXIX. — H... (Catherine), 74 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort dans un hospice de vieillards (quelle était sa mentalité ?). Une sœur très originale.

Antécédents personnels : Infirmités. Isolement.

OBSERVATION XL. — C... (Clarisse), 75 ans.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Albuminurie ayant coïncidé avec l'apparition des premiers troubles mentaux.

OBSERVATION XLI. — A... (Zib.....), veuve N..., 75 ans.

Antécédents héréditaires : Mère morte de congestion cérébrale.

Antécédents personnels : Misère physiologique (habitait seule, errait dans les rues et ramassait sur les tas pour se nourrir.

OBSERVATION XLII. — G... (Jean-Baptiste), 76 ans.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Excès de travail. Chagrins. Mauvais traitements. (A fait fortune en Amérique. A donné son bien à sa nièce, qui l'a dépouillé et chassé.)

OBSERVATION XLIII. — P... (Louise), veuve L..., 76 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu.

Antécédents personnels : Chagrin violent (décès successifs de son mari et de son gendre.

OBSERVATION XLIV. — C... (Thérèse), veuve R..., 77 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort à 70 ans, présentant des troubles mentaux depuis plusieurs années.

Antécédents personnels : Chagrin violent (mort de sa fille).

OBSERVATION XLV. — D... (Marie), veuve D..., 77 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu.

Antécédents personnels : Très impressionnable. Isolement à la suite du décès de son mari.

OBSERVATION XLVI. — C... (Victor), 78 ans.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Chagrin violent (mort de sa femme).

OBSERVATION XLVII. — G... (Virginie), veuve S..., 79 ans.

Antécédents héréditaires : Rien de connu.

Antécédents personnels : Grippe grave ayant provoqué les premiers troubles mentaux.

OBSERVATION XLVIII. — G... (Barbe), veuve P..., 80 ans.

Antécédents héréditaires : Rien.

Antécédents personnels : Grandes contrariétés avec ses enfants.

OBSERVATION XLIX. — M... (Marie), veuve H..., 81 ans.

Antécédents héréditaires : Signes physiques de dégénérescence très nets permettant de penser à de l'hérédité.

Antécédents personnels : Quelques excès alcooliques.

OBSERVATION L. — T... (Marie), 82 ans.

Antécédents héréditaires : Une cousine aliénée, à Maréville.

Antécédents personnels : Misère physiologique.

REMARQUES

a) Si nous examinons ces observations au point de vue de l'hérédité, nous remarquons qu'un grand nombre de nos déments séniles présentent une tare héréditaire, directe ou collatérale, assez chargée : un ascendant, un frère ou un cousin ayant fait un séjour dans un asile d'aliénés, ou étant connu dans son entourage comme déséquilibré, bien que non interné dans un établissement spécial.

Dans 26 cas sur 50 observations relevées, nous avons pu trouver cette tare (Observations I, II, III, IV, VI, IX, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVIII, XIX, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXII, XXXIV, XXXVII, XXXIX, XLI, XLIV, L).

Dans 5 autres cas (Observations VII, XX, XXIII, XXXV, XLIX), l'examen physique des malades a montré qu'ils présentaient des stigmates physiques de dégénérescence très nets (asymétrie ou déformations crâniennes, voûte palatine ogivale, implantation basse des cheveux, malformations diverses, etc...) et assez nombreux pour attester une tare héréditaire.

Nous ajoutons donc ces 5 cas aux 26 autres et nous obtenons la proportion de 31 malades sur 50 chez lesquels la tare héréditaire est suffisamment établie.

Il est certain qu'une tare héréditaire existait chez beaucoup des malades au sujet desquels manquent les renseignements relatifs aux antécédents héréditaires; nous avons vu, en effet, notamment chez un assez grand nombre de femmes, la déchéance intellectuelle arriver vers la soixantaine seulement et sous l'influence de causes occasionnelles qui ne suffiraient pas pour expliquer une disparition aussi rapide et aussi précoce des facultés intellectuelles et morales et de la volonté.

Nous pouvons donc considérer notre statistique comme suffisante pour affirmer, comme l'a fait notre maître, M. Pâris, médecin en chef à Maréville, en se basant sur une pratique spéciale de plus de trente ans, que la Démence sénile est « la dernière expression de la dégénérescence héréditaire », cette dégénérescence étant nécessaire pour donner la Démence sénile proprement dite. Chez le sénile qui a de bons antécédents héréditaires, on ne voit jamais semblable déchéance mentale, sans causes organiques différentes de celles de la Démence sénile.

b) L'hérédité peut donc être considérée comme facteur étiologique nécessaire de la Démence sénile; nous allons maintenant essayer de dégager, de distinguer les causes occasionnelles ou les causes accélératrices de déchéance intellectuelle et morale du dégénéré sénile.

Parmi ces causes déterminantes figurent un grand nombre des causes habituelles des vésanies : causes physiques et causes morales. Parmi ces dernières, les plus importantes sont les chagrins; ils agissent comme de véritables traumatismes moraux, ainsi d'ailleurs que les tracasseries, ennuis et contrariétés de toutes sortes.

Les causes physiques, misère physiologique, maladies graves, mauvais traitements, libations excessives, figurent aussi très souvent dans les antécédents de nos déments séniles.

Nos observations indiquent, en effet, que fréquemment ces différentes causes physiques et morales doivent intervenir dans la genèse des troubles de la première phase de la Démence sénile.

1° CAUSES MORALES.

Chagrins. — Chez certains de nos malades (Obs. VIII, XIV, XXIV, XXVI, XXXIII, XLIII, XLIV, XLV, XLVI) les premiers symptômes d'aliénation mentale ont paru s'accuser à la suite de la perte d'une personne chère.

Chez d'autres, les premières manifestations de la démence semblent s'être produites à la suite d'un traumatisme moral résultant de la disparition d'un soutien : mari (Observation IV) ou fils (Observation XXXV), du départ d'un fils au régiment (Observation V), du mariage d'une fille chérie (Observation XII), d'une brouille avec un frère (Observation XXXVI). Un tel traumatisme moral n'aurait évidemment pas suffi pour ébranler aussi gravement la mentalité d'un sujet non prédisposé par hérédité.

Tracas. Ennuis. Contrariétés. — Parfois même, de simples ennuis, des contrariétés, précèdent les troubles initiaux et peuvent être considérés comme ayant joué un rôle étiologique. Nous voyons (Observation II) un pauvre sénile, déjà débilité antérieurement et spécialement prédisposé par une lourde hérédité, devenir dément à un âge

peu avancé, à la suite de simples contrariétés dans son service d'agent de police.

Ailleurs (Observations XIX, XXVIII, XLVIII), il semble que l'intelligence a sombré surtout à la suite de taquineries, de brusqueries, de la part de l'entourage habituel.

Les changements brusques de situation, les pertes d'argent (Observation XXXVIII) ne peuvent évidemment être que très fatales au dégénéré un peu avancé en âge.

2° CAUSES PHYSIQUES.

Misère physiologique. — Nous voyons (Observations II, III, XXI) d'anciens soldats dont la santé physique est restée ébranlée par de mauvais traitements et de grandes souffrances en 1870, tomber en démence relativement jeunes. Il est vrai qu'à ces souffrances anciennes, des causes morales récentes sont venues s'ajouter et que l'on peut penser aussi à un appoint alcoolique.

Nous constatons de la misère physiologique bien accusée chez un nombre assez grand de nos déments séniles (Obs. I, III, IX, X, XXII, XXIV, XXVII, XXX, XXXI, XXXII, XLI et L). D'aucuns de ces malheureux, séniles physiques précoces ou arrivés à un âge où de grands soins sont devenus nécessaires, se trouvent sans ressources, sans abri et parfois même obligés de ramasser sur les tas d'ordures les immondices qui constituent leur seule subsistance (Observations IX, XXVII, XLI) jusqu'à ce qu'un fait appelle enfin sur eux l'attention de l'autorité.

D'autres, affaiblis par l'alcool et les privations de toutes sortes, ne peuvent plus trouver facilement le travail

qui les aiderait à subvenir à leurs besoins, et se négligent complètement, oubliant les soins de propreté les plus élémentaires, s'alimentant à peine, jusqu'à ce qu'une initiative quelconque provoque leur hospitalisation.

Maladies graves. — Les maladies graves sont aussi très souvent constatées à l'origine d'une Démence sénile. En ce qui nous concerne, nous avons pu relever dans nos observations : une pneumonie (Obs. XV et XXIX), une grippe sérieuse (Obs. XLVII), une otite suppurée, provoquant de très violentes douleurs (Obs. IV), un coup de pied de cheval avec complications graves (Obs. VI), une fracture compliquée du fémur (Obs. X), une albuminurie (Obs. XL), une maladie de cœur (Obs. VII), de violentes crises de céphalalgie chez d'anciens migraineux, etc...

On a vu aussi (Obs. XXXIX) de simples infirmités obliger le sénile à un alitement forcé et par suite à un isolement qui laisse le cerveau sans stimulant.

Mauvais traitements. — Les mauvais traitements auxquels sont exposés tant de vieillards ont une action particulièrement fâcheuse sur le dégénéré sénile. On voit de pauvres femmes brutalisées par des maris ivrognes (Obs. X et XXXI), un vieillard malmené par une femme beaucoup plus jeune que lui et qui le tenait séquestré depuis longtemps (Obs. VI), un autre malheureux qui, ayant amassé un certain pécule en Amérique, et l'ayant confié à une nièce pour être soigné chez elle, pendant ses vieux jours, se trouve dépouillé et chassé par cette nièce. (Obs. XLII).

En somme, presque chaque fois que l'on peut se procurer des renseignements sur les antécédents individuels des déments séniles, on trouve des causes occasionnelles ou d'aggravation qui tout d'abord paraissent absolument futiles et dont l'importance n'échappe plus, lorsqu'on voit le niveau intellectuel se relever, la mentalité s'améliorer, tout simplement sous l'influence de traitements directement opposés à ces causes; lorsque l'on constate, au contraire, *de visu*, comme nous pouvons le faire de temps en temps à l'Asile d'aliénés, une aggravation de la Démence sénile par une maladie incidente relativement bénigne.

L'action profonde et intense de causes faibles sur le système nerveux supérieur d'un sujet dont les années ne suffiraient pas à expliquer l'état de vieillesse, attesterait seule, s'il en était besoin, la tare héréditaire.

La recherche de ces causes, l'analyse des actions fâcheuses de ces causes futiles, doivent apporter de précieuses indications pour l'institution d'une thérapeutique préventive ou tout au moins palliative de la Démence sénile. Cette thérapeutique visera surtout la détermination des conditions d'hygiène spéciale à préconiser en faveur des sujets entachés d'hérédité nerveuse et arrivant à l'âge critique.

CHAPITRE III.

Symptomatologie de la Démence sénile

Comme nous l'avons vu précédemment, la Démence sénile n'est pas simplement, ainsi que semble l'indiquer cette dénomination, la conséquence des progrès de l'âge chez un sujet quelconque; elle est en réalité l'expression d'une sénilité précoce chez un sujet anormalement constitué, sur lequel agissent avec une intensité particulière toutes les causes physiques ou morales d'altération de la santé générale, même celles qui n'ont habituellement qu'une influence peu profonde et temporaire sur la mentalité du sujet exempt de tare héréditaire.

Les auteurs distinguent à cette démence trois périodes : une période initiale, une période moyenne ou d'état et une période terminale ou de cachexie.

Cette division a le double avantage d'être commode au point de vue descriptif et de répondre assez bien à la réalité des faits.

1° PÉRIODE DE DÉBUT.

Cette période est parfois elle-même précédée de signes avant-coureurs qui passent le plus souvent inaperçus. Ces signes qui font partie du processus d'involution ont été bien décrits par J.-J. Rousseau dans les dernières années de sa vie (*Réveries d'un promeneur solitaire*). Le professeur Régis, de Bordeaux, qui a étudié cette auto-analyse, en met en relief les caractères fondamentaux suivants : « 1° Faiblesse de transformation des sensations en idées ; 2° Diminution du pouvoir de création ; 3° Rétrécissement du champ cérébral ; 4° Prédominance dans la vie mentale de la réminiscence et de l'automatisme. »

Insidieusement alors, les aptitudes professionnelles diminuent, et ce changement est surtout promptement appréciable si le travail nécessite une certaine précision, l'interruption du métier est bientôt forcée.

La *Mémoire* est la première des facultés atteintes : La famille ne remarque d'abord que de simples lacunes, mais bientôt les troubles amnésiques s'accroissent, les souvenirs des faits les plus récents sont difficilement évoqués, ils n'arrivent plus qu'altérés, etc... La mémoire des faits récents s'éteint, alors que persiste, assez fidèle encore, celle des faits anciens.

Les auteurs ont étudié particulièrement ces troubles de la mémoire. D'après RIBOT, « La destruction progressive de la mémoire suit une marche logique, une Loi. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés dans les éléments nerveux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés avec les autres, représentent l'organisa-

tion à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle instinctive qui, fixée dans l'organisme, est devenue partie de lui-même. »

Le professeur P. PARISOT (Congrès de Médecine mentale, Nancy 1896) complète encore cette explication : « Certaines sensations, dit-il, réveillent chez le dément d'anciennes impressions qui avaient laissé par leur répétition ou leur intensité une trace profonde dans la cellule nerveuse et grâce à des associations dynamiques fortement cohérentes remettent en pleine lumière un état de conscience antérieur; ainsi se trouve transformé l'individu psychique en un autre plus jeune; oublieux du présent, tout entier dans le passé, il sent, il pense, il agit avec un cerveau vieux, mais qui ne contient plus qu'un reliquat de souvenirs contemporains de la jeunesse. Le dément se crée un autre présent avec le souvenir du passé.

« Dans la Démence sénile, la transformation de la personnalité ne s'effectue pas, comme chez les aliénés, en animal, en chien, en loup; elle ne s'effectue pas davantage en personne d'un sexe différent ou même d'une profession que le vieillard n'aurait pas exercée autrefois; cette modification n'a rien d'absurde comme dans les vésanies, mais elle rappelle une manière d'être passée, une modalité psychique antérieure. »

Le dément sénile oublie les noms propres, même ceux de ses proches, il perd ses outils, ne se souvient plus du motif qui l'amène dans un endroit. Il répète toujours les mêmes phrases et perd le fil de son discours; c'est ce qu'on a appelé « le radotage ».

La faculté d'acquisition n'existe plus chez lui, il ne conserve qu'avec peine le souvenir des faits récents, il

comprend difficilement les inventions nouvelles et, comme on l'a vu ci-dessus, il garde seulement les connaissances acquises pendant la jeunesse. C'est pour ce motif que l'on a fait de « la sagesse l'attribut du vieillard » (LONGET).

Il se confine en lui-même et a de véritables idées fixes dont on aurait beaucoup de peine à le détourner.

Les sentiments affectifs s'altèrent et, peu à peu, l'égoïsme forme seul le fond du caractère du sujet qui verse dans la démence sénile; il devient avare et se préoccupe plus des petits incidents de son existence propre que des grands malheurs qui peuvent survenir dans sa famille.

Il perd les notions de droit usuel, de sociabilité et de décence.

Le caractère subit des variations notables qui ont fait distinguer : Le dément turbulent et le dément apathique.

Le premier est en mouvement nuit et jour, s'occupe de tout, commande à tort et à travers. Son instabilité, sa débilité intellectuelle, la diminution du champ de la conscience l'exposent à commettre des actes graves (incendie). Très souvent, à cette agitation s'ajoute une excitation génitale qui peut avoir pour résultat de l'exhibitionnisme, des attentats aux mœurs ou des outrages à la pudeur.

Le second, au contraire, reste immobile des heures et même des journées entières; doux et très suggestionnable, il se laisse conduire par les personnes de son entourage qui peuvent, le cas échéant, être tentées de profiter de cette indifférence pour le dépouiller ou le maltraiter.

Ces variations de manière d'être sont bien souvent sous la dépendance d'influences de milieu ou de troubles physiques accidentels; elles doivent retenir particulièrement

l'attention du médecin qui, en recherchant leurs causes, trouvera une thérapeutique certainement palliative.

Des idées de persécution, des préoccupations hypocondriaques avec hallucinations multiples, des divagations érotico-mégalomaniaques se rencontrent à la première période de la démence sénile, mais elles sont sans fixité, comme dans la paralysie générale progressive. Les idées de persécution sont habituellement ici la conséquence de l'altération des sentiments affectifs, de heurts de l'égoïsme du malade qui voit un persécuteur en toute personne qui contrecarre ses vues ou ses désirs. Les réactions d'idées délirantes (idées de persécution et dispositions testamentaires erronées, par exemple; idées de grandeur et dépenses exagérées, prodigalités puérides, etc..), se produisent d'autant plus facilement que jugement et volonté sont ici très débiles; sous l'influence d'interprétations erronées, peuvent apparaître rapidement des idées de vengeance d'autant plus promptement suivies de passage à l'acte que l'intelligence est plus débile.

C'est à la débilité mentale surtout qu'il faut attribuer les outrages ou les attentats aux mœurs commis si facilement par les déments séniles à la première période, actes délictueux ou criminels résultant principalement de l'inconscience ou de la perte des points d'appui de la volonté.

Comme l'indique M. Pâris dans ses « Leçons de Psychiâtrie », il arrive que le dément se blesse, se contusionne dans ses moments d'excitation, et qu'il accuse ensuite ses proches, son entourage « d'avoir exercé sur lui des brutalités qu'il dénonce au Parquet »; cette réaction est, en somme, une conséquence de l'altération de la mémoire des faits récents.

Dans d'autres cas, le début de la Démence sénile n'est plus insidieux et lentement progressif, mais brusquement amené par une crise de manie ou de mélancolie que l'on pourrait mettre sur le compte d'une autre forme d'aliénation mentale si, en même temps, on ne remarquait un fonds d'affaiblissement intellectuel très net qui persiste et même augmente quand l'accès maniaque ou mélancolique a disparu. Cet affaiblissement intellectuel est surtout affirmé, par exemple en cas d'excitation maniaque, par une incohérence un peu spéciale qui accuse de la pénurie d'idées; le malade est loquace, mais il répète à chaque instant les mêmes fragments de phrases, les mêmes expressions; il n'a pas l'imagination vagabonde, le chevauchement rapide d'idées, l'hyperidéation du maniaque-type.

En plus de ces signes psychiques, on constate aussi chez le vieillard, à la période de pré-démence, des signes physiques de sénilité avancée : peau ridée, sèche; système pileux plus ou moins atrophié; cercle péricornéen ou arc sénile de la cornée; hyposthésie générale; mouvements lents et maladroits; force musculaire diminuée; parfois grandes oscillations de tout le corps et principalement de la tête; tremblement sénile.

Des symptômes d'artério-sclérose ou des troubles paralytiques (vertiges, bourdonnements d'oreilles, céphalée, somnolence ou insomnie, fatigue physique rapide, embarras de la parole, inégalité pupillaire, absence de réflexes, attaques apoplectiques), peuvent être observés en outre des troubles dont il vient d'être question; il en est de même de troubles cardio-vasculaires : faiblesse et accé-

lération du poulx; bruits du cœur assourdis; artères dures, sinueuses ou en tuyau de pipe, etc...

En somme, cette première période est caractérisée surtout par un amoindrissement intellectuel global; une altération de la mémoire des faits récents, des sentiments affectifs; de la difficulté de fixer l'attention, de discuter les faits observés et de l'affaiblissement de la volonté.

Si nous nous sommes étendu un peu longuement sur cette première période, c'est principalement parce que nous jugeons extrêmement utile de faire un diagnostic précoce qui permettra d'instituer une thérapeutique surtout hygiénique, susceptible d'arrêter temporairement ou de ralentir l'évolution de la Démence sénile.

2° PÉRIODE MIXTE OU D'ÉTAT.

La période de début est plus ou moins longue, elle dure parfois plusieurs années, mais trop souvent des *causes évitables* viennent en accélérer la marche : les soins mal compris ou insuffisants, les maladies physiques incidentes, les crises d'agitation, l'insomnie en sont les principales.

Dans les conditions normales, le passage de la première phase à la seconde se fait insensiblement. Le vieillard devient peu à peu incapable de toute espèce de travail, les sentiments affectifs s'éteignent progressivement, la volonté disparaît. De plus en plus incapable de diriger ou de fixer son attention, le dément sénile devient en quelque sorte le jouet des phénomènes qui se déroulent autour de lui, de ses sensations, des idées qu'il entend exprimer, etc... Il a de la sensiblerie enfantine, des futilités le ren-

dent pleurnicheur et la mort de personnes autrefois chères, d'enfants, de petits-enfants le laissera indifférent.

La mémoire qu'on avait vu baisser progressivement dans la période de début, présente bientôt des lacunes plus graves; l'amnésie s'étendant aux acquisitions de l'âge mûr, aux mots, aux connaissances scientifiques, artistiques ou professionnelles pour n'épargner que les seules acquisitions du jeune âge. Le dément présente alors une grande puérilité d'idées et de langage qui justifie parfaitement l'expression populaire : « tomber en enfance ».

L'incohérence du langage est évidemment la conséquence de l'hypo-activité psychique, de la pénurie d'idées et de l'altération de la mémoire.

A la fin de cette période, le sénile est devenu un véritable automate qui ne se rend plus qu'un compte relatif de ce qui se passe autour de lui. Il oublie jusqu'à son nom, celui de ses enfants, mais on est étonné parfois de constater que ce même dément peut encore se livrer à certains travaux qui paraissent compliqués et que la grande habitude, la routine, l'automatisme peuvent expliquer. Il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace, ne distinguant plus l'hiver de l'été, ne sachant plus s'il est plus ou moins âgé que ses ascendants ou ses descendants, etc...

Avant d'arriver à cette phase extrême de la seconde période, le dément sénile est parfois sous l'influence de craintes, d'idées de persécution qui relèvent surtout de l'égotisme ou de l'amnésie : il a, par exemple, peur de la ruine; il craint de manquer un jour du nécessaire, il cache de l'argent, des bijoux, etc..., et, lorsque, par hasard, il pense à les chercher, il ne sait plus où il les a

déposés, il ne pense pas que sa mémoire seule est cause de l'insuccès de ses recherches ; il croit avoir été volé et alors il accuse, il dénonce, son entourage peut-être, en somme menacé ou victime de maintes réactions de craintes ou d'idées de persécution.

Aux signes de sénilité physique que nous avons signalés à propos de la pré-démence et qui s'accroissent de plus en plus, s'ajoutent quelquefois des hémiplegies totales ou partielles. L'artério-sclérose fait des progrès provoquant des troubles divers dans tous les organes.

Le malade maigrit ou parfois prend un embonpoint factice. Il dort peu, il est instable, il a des tendances à l'ambulomanie. La force musculaire diminue. Il devient gâteux, mais surtout par inconscience d'abord.

Nous verrons ultérieurement que certaines précautions sont encore susceptibles de modérer l'évolution de cette période.

3° PÉRIODE TERMINALE OU DE CACHEXIE.

Comme la phase de début, la période d'état peut être plus ou moins longue suivant la résistance du sujet. Elle est aussi influencée par le mode d'existence et les soins que reçoit le malade.

Ici encore les maladies physiques et les crises d'agitation peuvent conduire plus rapidement à la cachexie qui est le propre de la troisième et dernière période.

A l'effondrement complet de toutes les facultés intellectuelles se joignent de nouveaux troubles d'ordre physique : les fonctions organiques deviennent languissantes et irrégulières, l'appétit se perd, l'embonpoint relatif

constaté parfois dans la période précédente fait progressivement place à une maigreur squelettique, les muscles s'atrophient, les troubles des sphincters s'accusent, le gâtisme devient habituel. L'instinct de la conservation individuelle se perd et le malade ne pense ni à se nourrir ni à se préserver du froid, du contact de ses excréments, etc...

En somme, il peut être considéré et traité comme un enfant idiot, gâteux, à constitution complètement délabrée.

Dans ces conditions, il est facile de concevoir que les maladies intercurrentes trouvent chez lui un terrain très favorable. Le vieillard étant incapable de comprendre les questions les plus simples, d'analyser ses sensations, sa sensibilité étant du reste considérablement amoindrie, des maladies physiques graves peuvent passer inaperçues s'il n'est pas l'objet d'une très grande et intelligente surveillance et encore l'autopsie révèle-t-elle parfois des affections thoraciques ou abdominales que personne ne pouvait soupçonner, tant peuvent être faibles les réactions.

D'autre part, des troubles trophiques (escarres) viennent très souvent compliquer la cachexie et peuvent amener rapidement la mort du dément.

Les principales causes de mort sont : la cachexie, l'hémorragie cérébrale, la broncho-pneumonie, les troubles gastro-intestinaux provenant souvent du changement brusque de milieu, de nourriture et de traitement, ou encore la congestion hypostatique résultant de la position horizontale quand le vieillard est devenu grabataire, etc...

La durée de cette période ultime est aussi très variable ; mais, en général, elle est courte.

La surveillance des malades arrivés à cette période est très délicate, des soins constants leur sont nécessaires : on est obligé de leur donner à manger comme aux enfants en bas âge et, pour éviter les escarres, une propreté méticuleuse est de rigueur.

COMPLICATIONS

Dans le cours de chacune des trois périodes *peuvent* se produire des complications. Elles ont pour résultat d'accélérer considérablement la marche fatale de la maladie et d'en hâter le dénouement. Ce sont : 1° De l'*excitation* plus ou moins vive, excitation surtout nocturne avec ambulomanie et qui contribue évidemment à la cachectisation du vieillard ;

2° Des *Ictus apoplectiques* ;

3° Des *Convulsions épileptiformes*.

Ces deux derniers accidents, s'ils ne sont pas mortels, peuvent laisser des paralysies localisées (hémiplegie, phénomènes aphasiques, etc...).

Une mauvaise hygiène, des soins mal compris amenant chez le sénile constipation ou rétention d'urine, sont les causes ordinaires de ces complications.

Les *excès alcooliques*, qui peuvent être facteur étiologique (adjuvant) de Démence sénile, peuvent être incriminés aussi (nous avons vu dans notre statistique que bon nombre de Déments séniles sont d'anciens buveurs).

Cette étiologie des complications auxquelles nous faisons allusion étant bien affirmée par l'expérience clinique, il est évident qu'une thérapeutique intelligente pourra les prévenir ou tout au moins en atténuer beau-

coup la gravité et permettra aux déments « traités avec sollicitude et bien soignés, de vivre parfois plusieurs années dans un état de déchéance intellectuelle complète en se maintenant même relativement faciles à conserver dans un milieu familial ou dans un service ordinaire d'assistance publique. » (D^r A. PARIS).

CHAPITRE IV

Traitement de la Démence sénile

Assistance des Déments séniles

La plupart des auteurs assignent à la Démence sénile une durée assez courte, de six mois à quatre ans, mais il est bien évident que cette durée est, en réalité, très variable. Il faut tenir compte, non seulement de la constitution du sujet, mais encore des conditions fortuites qui l'exposent aux complications souvent mortelles dont nous avons fait mention. Le dément peut, par exemple, être tué rapidement, s'il se trouve négligé, par une crise d'agitation extrême ou par toute autre complication.

Il ne saurait évidemment être question ici d'un traitement curatif et avant de dire ce que nous pensons d'une thérapeutique de la Démence sénile, il nous semble utile d'indiquer ce qu'en pensaient les aliénistes anciens. Leur opinion est résumée par Pinel qui, en 1818, disait : « La Démence provoquée par le déclin de l'âge n'est pas susceptible d'un changement digne de remarque et tout traitement médical est devenu inutile. » Les auteurs modernes partagent ces idées.

« L'incurabilité fait partie de la démence telle que nous la comprenons aujourd'hui. » (BALL, 1875) ;

« Au point de vue thérapeutique, nous sommes impuissants en face du processus de dégénérescence, qui est la base de la maladie ». (KRAFFT-EBING, 1897) ;

« La médecine n'a pas la prétention de guérir la démence » (GARNIER, 1901) ; etc..., mais tous sont aussi d'accord pour conseiller un traitement palliatif :

ESQUIROL écrivait en 1814 : « L'air de la campagne, l'exercice modéré, un régime tonique, peuvent enrayer la marche de la Démence sénile et suspendre en quelque sorte sa terminaison ». Dans des tableaux statistiques, il montre, en outre, que la classe pauvre (indigents) donne un plus grand nombre de déments que les classes aisée et riche (pensionnaires) par suite de l'âge et des privations, les riches par « l'abus des plaisirs, les passions exagérées, les écarts de régime tombant plus tôt dans l'aliénation mentale ».

BALL, déjà cité plus haut, préconise une bonne hygiène, une alimentation soignée, un repos nécessaire, et une activité réglée » comme susceptibles de retarder les progrès de la Démence sénile.

Dé plus, nous avons vu, dans un chapitre précédent, que chez le vieillard prédisposé par hérédité, il suffit de causes relativement futiles pour amener un état de déchéance rapide. Ces causes, que nous avons divisées en causes physiques et causes morales, pourraient, pour la plupart, être évitées par une hygiène spéciale pour les vieillards prédisposés lorsqu'ils arrivent à l'âge critique, c'est-à-dire, d'après nos statistiques, vers 60 ans,

Ce serait, à vrai dire, le *Traitement préventif* de la Démence sénile.

Au début de la maladie, alors qu'une quelconque de ces causes a déjà agi sur un organisme affaibli par l'âge et par l'hérédité, le même traitement hygiénique agit encore pour enrayer le mal ou, tout au moins, pour en amoindrir les effets. Donc, les moyens préventifs donnent évidemment aussi les conditions principales du *Traitement palliatif*.

Quelques causes occasionnelles de la Démence sénile, habituellement négligées et cependant assez importantes

Voici encore quelques causes d'ordre physique ou moral, causes déterminantes adjuvantes, auxquelles on n'accorde généralement pas une attention suffisante.

1° CAUSES PHYSIQUES.

Le vieillard est habituellement assez porté à se négliger au point de vue de la *propreté corporelle* ; il pratique une hygiène défectueuse en ce qui concerne le *vêtement*, le *couchage*, l'*habitat*, etc...

Il oublie, par exemple, de changer de linge, met volontiers des habits en lambeaux, insuffisants pour le protéger contre le froid en hiver, contre la forte chaleur en été. Il ne se préoccupe pas de l'état de propreté de son lit, dans lequel il lui arrive de manger, de priser, dans lequel on trouvera mie de pain desséchée ou tabac, causes d'irritation de la peau et, par conséquent, d'insomnie.

Tantôt il néglige d'aérer sa chambre, s'y calfeutre dans une atmosphère empestée (autre cause d'insomnie); tantôt il s'expose inconsciemment aux intempéries.

Il s'expose sans cesse, en somme, à des causes d'altération de la santé physique et, par conséquent, d'affaiblissement intellectuel.

La *vermine* est pour les malades une cause très fréquente d'excitation, d'insomnie et, par conséquent, d'affaiblissement physique et intellectuel. (Cette cause qui paraît futile et qu'il peut sembler puéril de relater ici, mérite cependant d'y être signalée, car nous avons eu trop souvent l'occasion de trouver, parmi les nombreux séniles que nous avons vu arriver à Maréville, de malheureux malades couverts de poux, de lentes, de puces ou de *phthirus pubis*, et beaucoup de ces vieillards nous étaient envoyés, non seulement de milieux familiaux, mais *même d'hôpitaux*.)

Mauvais régime, alimentation défectueuse, régime alimentaire mal compris, sont causes de troubles digestifs particulièrement graves pour le vieillard prédisposé, troubles qui ont le plus fâcheux retentissement sur la mentalité.

La *constipation*, si fréquente et si tenace dans la vieillesse, peut trouver son explication dans les altérations organiques de la paroi intestinale. La vie sédentaire que mène habituellement le vieillard qui se donne généralement peu d'exercice, favorise la paresse intestinale et, par le fait même, la constipation à laquelle sont dus trop souvent des phénomènes épisodiques qui accroissent la déchéance intellectuelle et abrègent l'existence du

dément sénile. (Excitation maniaque, convulsions épileptiformes, etc.).

Les *maladies de la prostate* (hypertrophie, etc.), qui se rencontrent très souvent chez le vieillard, peuvent jouer un rôle important dans les troubles de l'appareil urinaire et provoquer par contre-coup insomnie et agitation.

Il en est de même de la *Rétention d'urine*, des maladies intéressant l'*Intégrité du filtre rénal*; l'observation clinique nous l'a montré souvent d'une façon assez précise, et les expériences faites en 1895 par le docteur A. LÉVY, sous la direction du professeur P. PARISOT, sur les déments séniles de l'Hospice Saint-Julien, à Nancy, l'affirment aussi. Chez les vieillards, les urines présentent, la veille du délire, une hypotoxicité qui permet de prévoir ce dernier et tend dans le cours de l'agitation à s'élever vers la normale. On peut en conclure qu'il est dû à la rétention et à l'accumulation de substances toxiques dans l'organisme ». (A. LÉVY, Thèse, Nancy 1895).

Le *Sédentarisme*, l'inaction prolongée, comme la *fatigue*, peuvent aussi être favorables à la pathogénie des troubles du début.

En résumé, toutes ces causes « d'altération de la santé physique sont des causes d'aggravation de la Démence sénile » (A. PARIS), en provoquant des phénomènes épisodiques fâcheux (excitation, insomnie, parfois même convulsions).

2° CAUSES MORALES.

En plus des chagrins, tracas, ennuis et contrariétés de toutes sortes que nous avons signalés dans notre chapitre II, en insistant sur leur fréquence dans les antécédents

des déments séniles, on peut aussi considérer comme causes aggravantes de la maladie : Direction ou surveillance défectueuses ou inintelligentes (*brusquerie, manque de sollicitude, taquineries, contact d'enfants railleurs, etc...*).

Les *vexations* amènent chez les vieillards, en raison de leur affaiblissement intellectuel, qu'elles contribuent du reste à augmenter, des idées de persécution et parfois des réactions fâcheuses pour le malade lui-même ou pour les personnes qui l'entourent.

L'*isolement*, la *solitude*, laissant les vieillards constamment sous l'influence de leurs craintes, de leurs interprétations égotiques, puériles ou absurdes, etc..., les amènent à une décrépitude mentale rapide.

L'*oisiveté* absolue, le manque de distractions, l'inertie intellectuelle, ne sont pas moins favorables à l'évolution de l'affaiblissement mental.

Thérapeutique préventive et palliative

Les principales causes déterminantes d'accélération et d'aggravation de la Démence sénile indiquent la Thérapeutique à instituer en vue de prévenir ou de combattre chacune d'elles.

Soins physiques

En assurant la fonction de la peau par lavages, balnéothérapie, lotions, parfois frictions alcooliques, on prévient l'invasion de la vermine, on *régularisera la circulation périphérique*, on la stimulera et on favorisera la nutrition générale, tout en diminuant les dangers de

congestion cérébrale ou pulmonaire, de convulsions épileptiformes, d'insomnie, etc...

C'est ce que BALL indiquait en 1875 : « Des soins de propreté scrupuleux, disait-il, pourront empêcher, ou du moins retarder ces troubles trophiques qui marquent les approches de la fin. »

Il n'est pas moins important de surveiller l'hygiène du vêtement, du couchage, de l'habitat; n'est-il pas évident que plus la *litterie sera propre, aérée, soignée*, mieux le malade reposera et moins il sera exposé aux complications qui lui sont si préjudiciables (excitation, ambulomanie, etc...).

Une bonne ventilation de l'appartement répondra certainement aux mêmes indications.

Le *Régime* du sénile est aussi très important : KRAFFT EBING insiste sur ce point : « Tout ce qu'on peut faire dans la Démence sénile, dit-il, c'est de nourrir le mieux possible le malade et de stimuler la circulation (vin). L'inquiétude, de préférence nocturne, du malade paraît être un phénomène d'inanition relative, car un dîner abondant et l'usage des spiritueux produisent souvent un effet calmant. »

On voit souvent des déments séniles sujets à de l'insomnie, à de l'excitation nocturne, passer de bonnes nuits lorsqu'on leur fait prendre, par exemple, un peu de vin de Bordeaux après le repas du soir; j'en ai fait souvent l'expérience chez des démentes séniles qui n'avaient jamais commis d'excès alcooliques.

On donnera au vieillard une nourriture saine, légère et assez abondante au repas de midi, et surtout des laitages au repas du soir. « Les viandes hachées, bien cuites, les

légumes frais ou secs lui conviennent. Le lait et les œufs constituent les aliments par excellence » (GARNIER et COLOLIAN).

On surveillera la façon dont il prend son repas, afin d'éviter les inconvénients d'une mastication insuffisante et de la gloutonnerie.

On permettra parfois, utilement, de légers repas supplémentaires.

On peut habituer le vieillard, comme l'enfant, à une *réglementation des repas et des fonctions de l'intestin et de la vessie*. On doit, s'il est trop inconscient pour le faire spontanément, le conduire aux cabinets à heures fixes : le soir, vers le milieu de la nuit et le matin. On évite ainsi le *Gâtisme précoce* et ses inconvénients : pour le malade, par suite de la difficulté qui existe de lui donner de suite les soins physiques nécessaires (ce qui est encore une cause d'excitation et d'insomnie), et pour le personnel qui l'entoure (surcroît de besogne).

En prenant ces précautions, on pourra plus facilement conserver le sénile dans un milieu familial ou dans un service hospitalier ordinaire, car, il faut bien le dire, le gâtisme est trop souvent le seul motif du transfèrement à l'asile d'aliénés où l'on en a bientôt promptement raison et où l'on ramène, en le combattant comme nous venons de le dire, un calme complet s'il en était résulté un peu d'excitation, où l'on rend aussi au malade des habitudes de propreté relative qui facilitent beaucoup la tâche du personnel.

Les moindres *troubles digestifs* devront être combattus dès leur apparition :

Constipation ou *Diarrhée* sont bien souvent observées

chez les déments séniles; en combattant la première, par des moyens appropriés que nous croyons inutile d'énumérer ici, on prévient, ou l'on peut faire disparaître excitation ou insomnie ou phénomènes symptomatiques d'auto-intoxication; en arrêtant la seconde, qui est fréquemment une conséquence du régime défectueux, on supprime une cause de débilité physique, de marasme.

Jadis, on supposait que la diarrhée faisait partie du cortège symptomatique de la démence, tant elle était fréquente. Aujourd'hui, que l'on sait soigner et nourrir convenablement les déments, elle a presque disparu (GARNIER).

Enfin, il ne faut jamais oublier que la *rétenction d'urine* peut occasionner des accidents assez sérieux (excitation, convulsions même, etc...) qui cessent parfois immédiatement après l'évacuation par cathétérisme.

En cas d'hypertrophie de la prostate, il sera parfois nécessaire de recourir à une opération chirurgicale.

On évitera, chez les vieillards, les délires oniriques produits par la rétention ou le développement de toxines dans l'organisme, en rejetant soigneusement les aliments qui renferment beaucoup de ces toxines (bouillon, gibier, conserves, etc...) et en combattant les toxines produites par l'intestin lui-même à l'aide des purgatifs et des antiseptiques non assimilables (benzo-naphtol, salol, etc...) (A. LÉVY et P. PARISOT).

D'après WEYGANDT, « la première condition à remplir dans le traitement de la Démence sénile est l'abstention de tout travail et de toute excitation. » On veillera donc à ce que le vieillard ne soit pas astreint à des travaux trop fatigants ou trop violents pour ses forces décroissantes.

Mais, à notre avis, il sera bon cependant de ne pas le laisser complètement inactif, de l'occuper un peu, aussi longtemps que cela sera possible, et de l'obliger à faire quelques promenades, à prendre un peu d'exercice, etc...

Traitement moral

Le traitement moral du sénile prédisposé à l'aliénation mentale ou de la Démence sénile au début, a une très grande importance, ainsi que suffiraient à le montrer les quelques réflexions dont nous faisons suivre les indications :

En traitant le vieillard avec une grande *sollicitude*, en prévenant les taquineries, les heurts auxquels l'exposent de la part de personnes peu intelligentes ou d'enfants, ses exigences, son instabilité, son puérilisme, etc..., on évite évidemment la mise en jeu de sa susceptibilité, de son irritabilité spéciales et on supprime ainsi une cause d'aggravation; d'augment de l'affaiblissement intellectuel.

En veillant *attentivement* sur lui, *discrètement*, pour lui *laisser l'illusion de la liberté complète*, en suivant tous ses faits et gestes, on pourra facilement, à l'occasion, suppléer à son insuffisance de mémoire des faits récents et prévenir des interprétations erronées, des craintes qui peuvent être le point de départ de délire de persécution, de réactions dangereuses pour le malade lui-même ou pour son entourage : Les accusations de vol, les craintes de mort, les crises coléreuses, les dénonciations, les testaments irrationnels, par exemple, résultent si facilement

d'interprétations fausses qui ne sont en somme que l'expression de l'insuffisance de mémoire et de l'égotisme.

Tel sujet, dont les facultés commencent à fléchir, est devenu méfiant alors que sa mémoire diminue, cache son argent derrière des objets qui ne sont presque jamais déplacés et, lorsqu'il veut le reprendre, ne le cherche qu'à l'endroit où il avait jadis coutume de le déposer; tel autre, ou le même, ayant besoin de titres de propriétés qu'il a rangés récemment dans un meuble où il ne les servirait pas autrefois, ne pensera plus à ce changement.

Ainsi, insuffisance de mémoire des faits récents et méfiance habituelle du vieillard font surgir craintes et idées de vol, colères, actes dangereux qu'il aurait été facile de prévenir si l'on avait exercé sur lui une surveillance discrète suffisante. Il serait bien souvent possible de lui éviter, grâce à cette surveillance, les déceptions, les interprétations pénibles qui ne se produiraient pas si sa mémoire n'était pas lésée.

Abandonner le vieillard à lui-même, l'isoler, c'est évidemment favoriser la déchéance intellectuelle et morale. Laisser un organe inactif, c'est l'affaiblir, c'est en compromettre la fonction; il n'est donc pas rationnel de ne plus solliciter la fonction du cerveau du vieillard dont la mentalité est affaiblie : On peut maintenir assez longtemps de l'activité cérébrale par causeries, lectures, musique, occupations, *en rapport avec les anciennes habitudes professionnelles*, etc..., tous ces exercices devant être dosés de façon à ce qu'il n'en résulte jamais de fatigue cérébrale.

Sagement dirigés, ils contribueront certainement aussi à donner de meilleures nuits au vieillard.

Alors que la déchéance intellectuelle paraît complète, il est souvent encore possible, lorsqu'on interroge le malade avec une grande sollicitude, lorsqu'on le traite avec beaucoup de douceur, de trouver et de maintenir, au moins temporairement, quelques rudiments de facultés.

Un *traitement moral bien compris* permettrait de laisser beaucoup plus longtemps la plupart des déments séniles dans un milieu familial ou dans un établissement ordinaire d'assistance publique de séniles. Son action serait d'autant plus efficace que *le personnel qui en comprendrait bien les indications et les effets serait fatalement entraîné à veiller davantage sur l'état physique, à associer le traitement physique*, qui donne toujours quelques bons résultats. (Donc, faire l'éducation de l'entourage).

Tout ce qui précède constitue ce qu'on pourrait appeler la Thérapeutique générale de la Démence sénile, et s'applique surtout aux deux premières périodes de cette maladie. En ce qui concerne la troisième période et les complications, on peut instituer une thérapeutique spéciale.

Thérapeutique des Complications

On oublie trop, dans la pratique courante de la médecine du sénile ou même dans les services hospitaliers non spéciaux, que *l'excitation maniaque épisodique, ou l'insomnie* du vieillard cède souvent assez rapidement à de faibles doses de bromure de potassium quand l'excitation méningo-corticale qui l'occasionne n'est pas simplement conséquence d'une constipation ou d'une rétention d'urine (qui en font un accident encore plus facile à com-

battre); la balnéothérapie un peu prolongée suivant l'état physique du sujet, le régime lacto-végétarien et l'isolement seront d'utiles adjuvants et contribueront souvent à éviter le placement trop précipité, trop précoce, dans un service d'aliénés.

Les *Convulsions épileptiformes*, qui relèvent fréquemment des mêmes causes que l'excitation maniaque épisodique, sont avantageusement combattues aussi par le bromure de potassium à petites doses, les purgatifs, le régime lacté très temporairement absolu.

La Thérapeutique à laquelle nous faisons allusion suffit pour améliorer beaucoup de déments séniles dans les asiles d'aliénés *et les replacer dans les conditions où ils se trouvaient quand on les a primitivement admis dans un service hospitalier non spécial.*

Nous avons vu que certaines précautions peuvent agir comme moyens préventifs de la démence chez le vieillard qui arrive à l'âge critique. nous venons aussi de rechercher les principaux moyens palliatifs à employer quand la Démence sénile commence à évoluer, et nous pouvons conclure que des résultats sérieux en somme peuvent être obtenus à l'aide de cette thérapeutique. Malgré l'état des artères, des rémissions bien marquées se produisent spontanément dans la première période de la maladie, *s'accroissent*, se prolongent, se répètent chez les *sujets bien traités*, mais elles cessent si on leur donne un entourage peu intelligent ou sous l'influence de fatigues cérébrales suscitées (interrogatoires longs, par exemple) pour revenir sous l'influence du repos, d'une sollicitude discrète et intelligente.

Il se produit, en somme, chez le dément sénile bien

traité, ce qui arrive chez le paralytique général progressif entouré de bons soins; du reste, les deux malades sont exposés à des complications, à des accidents très comparables; il est donc tout naturel d'opposer à ces complications, à ces accidents, des thérapeutiques analogues.

Ce n'est pas faire œuvre inutile que de reprendre encore cette question, d'autant plus que, seule, l'analyse des conditions de développement de la Démence sénile doit fournir des indications thérapeutiques sur lesquelles il est d'autant plus utile de revenir (quelques-unes étant déjà connues) ou de retenir l'attention (beaucoup n'étant pas signalées dans les classiques destinés aux praticiens non spécialistes), qu'il serait facile de diminuer le nombre des malades de cette catégorie à placer dans un asile d'aliénés. Ces placements étant toujours :

Préjudiciables (quelque peu ou moins) au vieillard, tous les changements de milieu lui étant, en général, nuisibles;

Pénibles pour les familles ayant conservé des sentiments affectifs ;

Suivis de quelques inconvénients, de quelques ennuis, *de déceptions pour les descendants.*

Modes d'assistance des Déments séniles

Comme l'a fait fort justement remarquer M. le Professeur P. PARISOT, au Congrès des Sociétés savantes de 1902 : « La vieillesse fait subir à l'organisme des modifications profondes qui créent pour le vieillard une hygiène et une pathologie vraiment spéciales. A un âge avancé, les conditions d'hospitalisation diffèrent donc de celles de l'adulte et de l'enfant. »

Voyons donc quels sont les principaux moyens de protection particulière dont on dispose à l'égard des déments séniles.

Ces moyens sont de trois ordres : Le maintien dans le milieu familial habituel ou le placement familial, l'Hospitalisation et l'Internement dans un Asile.

1° PLACEMENT FAMILIAL

L'idée de soigner les déments hors de l'Asile n'est pas nouvelle : la *Colonie de Gheel*, près Anvers, dont la fondation remonte aux premières années du Christianisme, en est une preuve.

ESQUIROL, qui la visita en 1821, publia alors une notice intéressante, mais ne formula aucun jugement.

MOREAU, de Tours, en 1845, à la suite de la visite du même établissement, préconisa les placements des déments à la campagne : « L'isolement, dit-il, est la première condition du traitement d'un aliéné ; mais, dans un asile, le malade est bien plus séquestré qu'isolé. Autant l'air ambiant est peu favorable dans nos grands asiles où se trouvent agglomérés par centaines des aliénés de toutes sortes, autant cet air pur et vivifiant au milieu d'un grand village, au sein d'une famille dont le malade partage les travaux et la vie tout entière, où il retrouve en quelque sorte les parents, les amis qu'il a perdus, lesquels de mille manières, exercent sur lui une salutaire pression, s'efforcent d'adoucir ses chagrins imaginaires, d'atténuer ses préventions malades, tout au moins, quand tout espoir de guérison est perdu, de lui procurer un bonheur relatif. »

Depuis, quelques colonies similaires se sont fondées, copiant plus ou moins servilement celle de Gheel : En 1884, à *Lierneux*, près de Spa (Belgique), et surtout en Angleterre, où le placement familial est très en honneur.

En France, le département de la Seine a récemment fait un essai heureux en fondant la Colonie Familiale de Dun-sur-Auron (Cher), où 109 déments séniles et d'autres malades sont placés chez l'habitant.

Mais il est bien évident que le milieu le plus favorable au vieillard serait celui où il a toujours vécu, où il a ses habitudes, ses occupations journalières : sa propre famille. Là, indépendamment des soins plus attentifs et de l'intérêt plus grand que pourront lui témoigner ses enfants ou parents quelconques, il sera toujours beaucoup moins désorienté au milieu des objets et des personnes qui lui sont familières, et, par suite, y trouvera le repos moral nécessaire.

C'est dans ce but que certaines municipalités riches ont institué l'*Assistance à domicile*, et il serait désirable que cette mesure puisse se généraliser.

M. le Professeur P. PARISOT, dans la *Revue médicale de l'Est* (1^{er} mai 1904), insistait sur les avantages de ce traitement dans la famille du vieillard.

Cette assistance, disait-il, « a pour effet de conserver au vieillard une certaine activité physique et intellectuelle si salubre, si indispensable, même dans la vieillesse, au bon fonctionnement du cerveau et des autres organes ». L'inaction amène la sénilisation rapide des éléments cellulaires et précipite l'involution sénile. Le vieillard, conservant une liberté relative, souffre moins, « il continue à rendre des services à ses proches et ne voit pas se rela-

cher les liens qui l'unissent à eux ; il n'est plus, comme à l'hospice, hanté par cette pensée attristante d'être devenu désormais inutile.... Un certain degré de longévité intellectuelle, de persistance des forces physiques et un sentiment de bien-être général, sont les conséquences de la vie de l'assisté dans sa famille.

L'assistance à domicile a cet autre avantage de rappeler aux enfants quelles sont leurs obligations envers leurs vieux parents, et le modeste secours qui leur est alloué ne peut être considéré par eux que comme l'appoint de la collectivité, destiné à les aider à remplir un devoir familial ».

Malheureusement, les familles craignent les maladies incidentes qui immobilisent le vieillard au lit, et les autres complications si fréquentes dans la vieillesse, et elles font placer le sénile dans un hospice ou dans un hôpital, le plus tôt possible.

A l'hôpital, il immobilisera un lit au détriment d'un adulte atteint de maladie aiguë ; M. PARISOT propose, pour parer à ces inconvénients, « un système mixte, qui participe à la fois de l'assistance à domicile et de l'hospitalisation : Tout vieillard qui réunit les conditions exigées pour l'assistance à domicile reçoit, avec le premier secours mensuel, un bulletin d'admission qui lui permettra d'entrer sans délai, sur avis médical, dans l'hospice le plus voisin, le jour où, soit l'infirmité, soit la maladie, réclame des soins particuliers. La santé une fois rétablie, il rentre dans sa famille ou bien, si son affection nécessite une surveillance étroite, il entre dans les quartiers d'hospice réservés aux vieillards valides qui n'ont plus de parents pour leur donner asile ».

De ce qui précède, il résulte que le meilleur traitement du Dément sénile lui sera donné dans sa propre famille. On pourra l'obtenir d'autant mieux que seront moins à redouter ou plus tardifs et apparaîtront plus faciles à combattre : les phénomènes épisodiques, les complications, les troubles que nous avons montré susceptibles d'être prévenus ou atténués ou promptement jugulés par une thérapeutique très simple et cependant très peu connue ou trop oubliée des médecins praticiens.

Cependant, si le vieillard n'a plus de famille, s'il se trouve de ce fait presque isolé, livré à lui-même ; si ses descendants ou les membres de la famille avec lesquels il vit se désintéressent de lui ou même lui font subir des mauvais traitements ; si, trop pauvres pour s'occuper de lui d'une façon sérieuse, ils doivent s'absenter toute la journée pour gagner péniblement leur propre subsistance et trouvent, avec raison, que le sénile est pour eux une lourde charge, alors un placement d'office peut être effectué dans un établissement hospitalier ou chez des nourriciers spécialisés.

Comme nous l'avons dit précédemment, en France et à l'étranger plusieurs colonies familiales fonctionnent dans d'assez bonnes conditions :

A *Gheel*, 1300 familles hospitalisent des aliénés, parmi lesquels se trouvent de nombreux déments séniles. Les nourriciers doivent posséder un certain bien-être, faire preuve d'une conduite irréprochable et avoir reçu une instruction professionnelle. La variété des ménages de la Colonie permet au malade de conserver ses conditions de vie habituelle : les citadins sont placés dans les familles

bourgeoises, les artisans sont confiés à des familles qui exercent leur métier, tandis que les campagnards sont logés chez les cultivateurs.

Les aliénés s'adaptent donc à leur nouveau milieu dans les meilleures conditions possibles. Ils y jouissent de tous les avantages de la liberté et de la vie de famille ; ils y sont en contact permanent avec des hommes normaux, travaillent selon leurs aptitudes et leurs préférences, se promènent et se distraient sous le contrôle d'un service médical. A cet effet, la Colonie est divisée en quatre sections, possédant chacune un médecin, assisté de deux infirmiers en chef qui visitent respectivement les malades de leur section. Une infirmerie permanente permet, en outre, de traiter spécialement les accès d'agitation et les maladies incidentes.

En Angleterre, en Allemagne, en Amérique, on a essayé de placer les déments chez des nourriciers dispersés. On y a trouvé que ce système n'est applicable qu'aux malades aisés pour lesquels il a donné de bons résultats. Le médecin de la commune visite ces malades périodiquement et un médecin aliéniste les examine attentivement, au moins une fois par an.

A *Dun-sur-Auron*, les malades sont placés dans des familles qui, moyennant rétribution et sous la surveillance d'un médecin inspecteur, s'engagent à les soigner et à les surveiller. Placés de la sorte dans de bonnes conditions hygiéniques, occupés en plein air aux travaux de la campagne, ils peuvent encore rendre des services aux personnes qui les emploient. Les résultats obtenus y sont également favorables.

2° HOSPITALISATION

L'assistance à domicile et le placement familial s'appliquent évidemment aux malades calmes, faciles à diriger ; mais, dans certains cas, ces mêmes malades peuvent être hospitalisés, si on se trouve en présence de déments atteints de maladies physiques difficiles à soigner à domicile, ou si le milieu familial offre des conditions insuffisantes de bien-être et de surveillance.

Nous verrons plus loin que certains Déments séniles, qui ne pourraient sans danger être laissés dans un milieu familial insuffisamment spécialisé, pourraient être conservés facilement encore dans un milieu hospitalier ordinaire.

En France, il y a de nombreux *hospices de vieillards* ; mais, malheureusement, ils ne sont pas répartis suivant les besoins de la population indigente, et un grand nombre de séniles encombrant forcément les hôpitaux généraux. Bien rare, s'il en existe, sont les asiles de vieillards répondant réellement aux besoins des diverses catégories de séniles à assister : séniles de la campagne, séniles des villes (habitudes professionnelles, genre d'éducation, conditions anciennes de l'existence, etc..., sont, par exemple, à prendre toujours quelque peu en considération).

Les vieillards ont souvent beaucoup de peine à s'acclimater dans ces établissements où « ils sont obligés de contracter de nouvelles habitudes et de subir les exigences d'un règlement toujours trop sévère quand il s'adresse à un organisme sénilisé. C'est dans les premiers mois qui suivent l'entrée à l'hospice que la dépression nerveuse, la

diminution d'activité des fonctions digestives et, comme conséquence, la gravité particulière des maladies intercurrentes ont été constatées. » (Prof. P. PARISOT, *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} mars 1903).

D'après le même auteur, et ceci confirme bien ce que nous disions dans les premières parties de ce Mémoire, des bons résultats que l'on peut attendre de l'application de la thérapeutique préventive ou palliative sur laquelle nous avons cru devoir retenir ou appeler de nouveau l'attention, la perte de la liberté, la vie en commun avec ses promiscuités, l'existence oisive qu'ils mènent dans les hospices, sont très sensibles aux vieillards non déments et peuvent entraîner chez eux une déchéance physique profonde avec son cortège de complications (débilité mentale plus grande, accès de mélancolie, etc...).

Pour éviter ces accidents, M. PARISOT préconise l'emploi des vieillards selon leurs aptitudes moyennant une rétribution minime, un règlement conciliant « avec une plus grande somme de liberté et une vie moins monotone ».

Ce qui est vrai et utile pour le vieillard non dément, ne l'est pas moins pour le sénile prédisposé à l'aliénation mentale ou pour le sujet qui fait déjà de la démence sénile.

3° INTERNEMENT DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS.

Très souvent les familles et même les établissements hospitaliers se débarrassent des déments séniles en les envoyant dans les asiles d'aliénés, sous prétexte que les malades sont trop turbulents, trop agités, trop dangereux pour leurs voisins ou pour le personnel et, trop souvent, il faut bien le dire, seulement parce qu'ils sont malpropres,

gâteaux, alors qu'il aurait été cependant facile de les conserver encore calmes et assez propres en prenant certaines précautions. Nous n'allons pas jusqu'à dire qu'il ne faut pas placer de déments séniles dans les asiles d'aliénés, mais nous soutenons qu'il faut, dans l'intérêt des malades et de leur famille, en envoyer le moins possible au milieu d'aliénés adultes.

C'est surtout pour les déments que les petits asiles spéciaux déjà préconisés seraient vraiment efficaces.

Ces asiles devraient être élevés à la campagne de préférence, entourés de jardins et bien ensoleillés. Les bâtiments seraient composés d'un rez-de-chaussée de plein-pied avec le jardin, sans étage, des galeries couvertes permettraient aux séniles la promenade en plein air par tous les temps et une salle serait réservée aux malades trop turbulents, impotents ou paralysés (GARNIER et COLLIAN).

Faute de mieux, serait-il bien difficile d'avoir, dans chaque département, quelques petites annexes pour déments séniles dans trois ou quatre hôpitaux ou hospices suburbains ? Ces petits services annexes, de quelques lits seulement par hospice, seraient faciles à organiser avec l'aide ou sur les conseils des médecins des asiles départementaux d'aliénés.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° La Démence sénile est plus rare et plus précoce chez l'homme que chez la femme.

C'est le résultat du genre de vie plus mouvementé et moins régulier de celui-ci.

Une thérapeutique préventive pourrait donc retarder le début de la maladie, surtout chez l'homme.

2° Lorsque les antécédents familiaux sont bien connus, on trouve chez le dément sénile un facteur dégénératif d'origine héréditaire.

3° A l'âge critique ou à l'approche de la soixantaine, des causes occasionnelles multiples, physiques ou morales et paraissant souvent futiles, accélèrent souvent considérablement l'apparition des premiers troubles de la maladie. Il est donc nécessaire d'exercer, à ce moment, une surveillance active sur le vieillard prédisposé par hérédité ou dégénérescence. Des précautions hygiéniques et un traitement moral agissent alors favorablement à titre préventif.

La même thérapeutique constituant alors le traitement palliatif de la Démence sénile aura encore des effets satisfaisants à une période plus avancée de la maladie.

4° Les déments séniles ne devraient pas être envoyés au hasard à l'asile d'aliénés.

Si la débilité physique est très accusée, par exemple, le médecin devra chercher à faire conserver le malade dans la famille ou à l'hôpital, en raison de la fâcheuse influence de tout changement de milieu et de régime pour le vieillard.

Il est à remarquer, en effet, que la mortalité des déments séniles à l'asile d'aliénés est beaucoup plus grande que celle des aliénés anciens *de même âge*.

On place parfois à l'asile d'aliénés des vieillards qui sont simplement ennuyeux dans un ménage; il y a là, de la part du médecin, une sorte de complaisance contre laquelle il doit être mis en garde et dans l'intérêt du vieillard, et dans l'intérêt de la descendance, et dans *l'intérêt de ceux qui ont besoin de l'Assistance publique*, dont les moyens d'action ne peuvent être diminués qu'au détriment des plus nécessiteux, des plus malades : pour un vieillard assisté sans nécessité absolue, par exemple, on privera peut-être d'assistance un misérable complètement abandonné ou quelque enfant impotent, guérissable, qui ne peut recevoir dans le milieu familial les soins rationnels nécessaires, etc...

Il y a donc, au point de vue social comme au point de vue individuel, une grande utilité de faire une sélection.

Dans ce but, nous avons cru pouvoir diviser les déments séniles, au point de vue de l'assistance, en trois groupes : déments séniles à conserver dans un milieu

familial; déments séniles auxquels convient surtout le service hospitalier ordinaire (asile de vieillards ou hospice-dépôt); déments séniles pour lesquels l'asile d'aliénés s'impose. Nous avons essayé de faciliter ainsi la tâche du médecin-praticien.

Les séniles de milieu familial ou d'hospice sont évidemment encore, la plupart, dans une des deux premières phases de la maladie; ils sont encore passibles d'une thérapeutique palliative sérieuse et on peut encore tenter quelque chose pour ralentir l'évolution de leur démence.

1° DÉMENTS SÉNILES A CONSERVER DANS LE MILIEU FAMILIAL

Nous rangerons dans ce groupe : les déments séniles qui présentent un affaiblissement intellectuel global simple avec perte plus ou moins complète de la mémoire des faits récents, les radoteurs de la première période qui se perdent dans la rue, oublient leurs outils, ceux, en somme, qui, non délirants, conservent encore assez de mémoire des faits anciens, d'aptitudes professionnelles pour vivre, facilement inoffensifs avec une direction bienveillante et affectueuse; de même les apathiques suggestionnables et de caractère facile; les déments de la seconde période qui, habituellement calmes, présentent un puérilisme accentué ou de l'automatisme infantin.

D'une façon générale, peuvent être rangés ici : tous les déments pris indistinctement dans les trois périodes et qui ne présentent pas d'ambulomanie proprement dite, pas de réactions sérieuses, d'interprétations simili-délirantes (c'est-à-dire les déments qui ne se plaignent pas trop d'être persécutés par les personnes de leur entourage qui

ne font que prendre des mesures précautionnelles ou thérapeutiques), pas d'excitation cérébrale résistant aux moyens thérapeutiques simples que nous avons indiqués.

Si l'excitation est accidentelle, passagère, qu'elle cède à un régime facile à instituer, comme, par exemple, lorsqu'elle est due à la constipation, à l'anurie, à un mauvais régime, à des troubles physiques accidentels et qu'un purgatif, un diurétique, un régime fortifiant, etc..., suffisent à la faire disparaître, il est évident que les malades qui en sont atteints peuvent aussi être classés dans cette première catégorie.

Conditions à remplir par le milieu familial pour les malades de ce groupe. — Le milieu familial doit être à même d'assurer à ces malades un régime rationnel dont il a été question dans le chapitre précédent. Une surveillance constante est nécessitée par l'amoindrissement de la conscience et de la mémoire si l'on veut éviter les écarts de régime, les fugues, etc..., toutes les imprudences si facilement commises par les vieillards abandonnés à eux-mêmes.

Une sollicitude soutenue, exempte de brusquerie, discrète, préviendra quelquefois le développement si facile d'idées de persécution parfois assez tenaces. On donnera au personnel de surveillance ou à l'entourage habituel des instructions relatives aux moyens de prévenir ou combattre excitation, instabilité, insomnie (laxatifs ou purgatifs, régime lacto-végétarien, bromure de potassium à petites doses, etc...).

Malheureusement, les soins rationnels ne sont presque jamais donnés dans un milieu familial, ni même dans les

hôpitaux, parce que l'on ne connaît pas les résultats que l'on peut en attendre, résultats qui sont souvent obtenus facilement dans les asiles d'aliénés.

2° DÉMENTS SÉNILES A HOSPITALISER NON SPÉCIALEMENT

Seront rangés dans cette catégorie :

Les malades présentant des tendances accusées aux interprétations susceptibles d'entraîner des réactions fâcheuses pour leurs parents ou leur entourage (déments très portés aux accusations, aux dénonciations injustifiées, aux menaces d'incendie, etc...).

Les turbulents, les érotiques, les exhibitionnistes, les mégalomaniques, les prodiges, etc..., qui, dans une famille, sont difficilement surveillés ou ne peuvent pas recevoir tous les soins indispensables, trouvent ici leur place.

En somme, doivent être hospitalisés ceux dont les troubles bruyants ne cèdent qu'à une régularité absolue du régime ou réclament un traitement suivi, surveillé de près par un médecin.

De même, ceux qui pourraient rentrer dans le groupe précédent, mais qui, se trouvant dans un ménage pauvre, immobiliseraient pour veiller sur eux un membre extrêmement utile pour assurer les moyens de subsistance de la famille.

Conditions à remplir par le personnel de l'hôpital. — Le personnel doit être bien stylé, avoir reçu une éducation particulière, savoir ce qu'est son malade spécial et bien connaître les conséquences des principaux troubles phy-

siques fonctionnels, sur lesquels nous avons spécialement retenu l'attention (ils seront alors combattus sans retard et leurs réactions fâcheuses seront évitées).

3° DÉMENTS SÉNILES A ENVOYER AU SERVICE SPÉCIAL
D'ALIÉNÉS

Les vieillards qui présentent des interprétations délirantes, des troubles psycho-sensoriels à réactions se traduisant non seulement par des paroles, mais par des actes et des tendances dangereuses pour eux-mêmes, pour leur entourage, pour la morale et l'ordre publics (tentatives de suicide, violences, réactions de phobies, danger d'incendie, d'exhibitionnisme érotique, etc.).

Les déments primitivement hospitalisés ou de milieu familial devenus habituellement criards, turbulents, constamment instables, noctambules et dont souffrent les autres hospitalisés (alors que tous les traitements tentés sont restés sans résultat).

Vu :

Nancy, le 17 Juin 1911.

Le Président de la Thèse :

P. PARISOT

Vu :

Nancy, le 19 Juin 1911.

Le Doyen :

GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Nancy, le 24 Juin 1911.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM.

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALZHEIMER. — Contribution à l'anatomie pathologique des troubles mentaux de la vieillesse. Francfort, 26^e réunion des Aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, 1899.
- BALL. — Cliniques mentales : *Démences*.
- BALLET (Gilbert). — Traité des Maladies mentales.
- BINARD. — Considération médico-judiciaire sur un cas de Démence sénile. *Journal de médecine*, Bruxelles, 1862.
- BLIN. — Traitement de la Démence, in *Traité de Thérapeutique appliquée* de A. Robin, p. 223.
- BOOWNE. — Sénile Dementia, *Brit. M. J.*, London, 1874.
- BOURNEVILLE. — Colonies d'aliénés. Congrès des médecins aliénistes, Blois, 1892.
- BRISAUD. — Leçons sur les Maladies nerveuses, 1898.
- CONOLLY-NORMAND. — Remarks on senile dementia, Dublin, *Journal of Med. Science*, 1900.
- DURAND-FARDEL. — Maladies des vieillards.
- DUPRÉ (Ernest). — Puérilisme démentiel sénile. Nouvelles Iconog. Salpêtrière.
- ESQUIROL. — Démence. *Dictionn. des sc. médic.*, Paris, 1814.
- FALRET. — Traité des Maladies mentales.
- FARRAR (CL.-B.). — Psychose d'involution. *Review of Neurolog. and Psychiat.*, 1906.
- FOVILLE (A.). — Démence. *Nouveau Dictionn. de Médecine et Chirurgie*, 1869.

- GARNIER et COLOLIAN. — Thérapeutique des Maladies mentales et nerveuses, 1901.
- GUNTZ. — Ueber dementia senilis. *Alg. Zeitsch. f. psychiat.*, Berlin, 1873.
- HIRSCHFELD (Robert). — Ueber psychosen in senium. *Inaug. Diss.*, Freiburg, im. B., 1904.
- KÉRAVAL. — *Manuel de médecine mentale*.
- KLIPPEL et LHERMITTE. — *Revue de Psychiatrie*, 1904.
- KRAFFT-EBING. — Traité clinique de Psychiatrie, traduit par Laurent, 1897.
- KRÖPELIN. — Introduction à la Psychiatrie clinique, traduit par Merklen et Devaux, 1907.
- LEGRAND DU SAULE. — De la Démence sénile. *Courrier médical*, 1870.
- LÉRI. — Le Cerveau sénile. Congrès des Aliénistes, Lille, août 1906.
- LÉVY (A.). — La Démence sénile. Thèse, Nancy, 1896.
- MANDEL (Ignatz). — Ueber die Diagnose der Dementia senilis, *Gyogyaszat*, n° 3, 1903.
- Ueber die Prognose der Dementia senilis *Ibidem*, n°s 3 et 4.
- MARCÉ. — Recherches sur la Démence sénile. Paris, 1863.
- MARIE (A.). — La Démence, Doin, 1906.
- MARINESCO. — Etudes historiques sur le Mécanisme de la Sénilité.
- Evolution de la Cellule nerveuse. *Revue Scientifique*, 1899.
- MAUDSLEY. — Pathologie de l'esprit, 1883.
- MOREL. — Traité des Maladies mentales, 1860.
- NOLAN. — Senile Dementia with vestige Delusions of Erotomanie. *Journal of Ment. Sc.*, 1904.
- O'BRIEN (John). — Report of two cases of Presenile Delusional Insanity. *The Cleveland Med. Journ.*, 10, p. 451.
- OLLIVIER. — Contribution à l'étude des maladies mentales des vieillards et en particulier de la Démence sénile. Thèse Paris, 1891.
- PARIS (Alexandre). — *Leçons de Psychiatrie*, 1909, p. 418.
- PARCHAPPE. — Traité sur la Folie, 1841.
- PARISOT (Pierre). — De quelques troubles psychiques et particulièrement de la transformation de la personnalité au cours de la Démence sénile. Congrès de Médecine mentale, Nancy, 1896.

- PARISOT et LÉVY. — De la toxicité urinaire au cours de la Démence sénile simple ou avec manifestations vésaniques. Même Congrès.
- Quelques caractères des hallucinations de l'ouïe dans la Démence sénile. *Revue Médicale de l'Est*, Octobre 1897.
- De l'hospitalisation des vieillards d'après des données de physiologie et de pathologie séniles. Congrès des Sociétés savantes, Paris, 1900, et *Revue Médicale de l'Est*, 1902.
- Des divers modes d'assistance des vieillards. *Revue Médicale de l'Est*, Mars et Mai 1903.
- PATAIN. — Démence sénile. *Bull. soc. anat.* Paris, 1862.
- PICKETT (W.). — Senile Dementia. *The Journal of new. and Ment. disease*, 1903, p. 220.
- Senile Dementia. A Clinical study of 200 cases with particulār regard to types of the Disease. *Id.*, 1904.
- RÉGIS. — Précis de *Psychiâtrie*. Doin, 1909.
- Psychoses de vieillesse. *Annales médico-psychologiques*, Mars, Avril 1896.
- REGNARD. — Démence sénile, 1864.
- RIBOT. — Des Maladies de la mémoire, 1881.
- RITTI. — Les Psychoses de vieillesse. Congrès des Médecins aliénistes, Bordeaux, 1895.
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiâtrie, 1909.
- RUSSEL (W.). — Senility and Senile Dementia. *American Journal of Insanity*, May, 1902.
- STEPHENSON. — Senility, Senile Dementia and their médico-légal aspects. *Buffalo Med. Journ.*, Marz, 1901.
- THIVET. — Contribution à l'étude de la Folie chez les vieillards. Thèse Paris, 1889.
- WEIGANDT. — Atlas manuel de Psychiâtrie. Edition française, par Roubinovitch, 1904.
- WEISS. — Psychosen des seniums. *Wien Med. Presse*, 1880.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Division de ce travail	4
CHAPITRE PREMIER	
Définition et Historique	6
CHAPITRE II	
§ I. — Statistique numérique	14
§ II. — Statistique étiologique	17
OBSERVATIONS	18
CHAPITRE III	
Symptomatologie de la Démence sénile	35
CHAPITRE IV	
Traitement de la Démence sénile. — Assistance des Déments séniles	47
CONCLUSIONS	69
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	75



